

Christian MILLE

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

LIMITES D'UNE EXPERIENCE
DE LIBERALISATION DANS UN PAVILLON
D'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
ou
DE LA CONTRAINTE A LA LIBERTE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 28 MAI 1975

Président du Jury : M. le Professeur STOPPA
Juges : M. le Professeur Ag. DURON
: M. le Professeur Ag. DELAHOUSSE
: M. le Docteur NACHIN

Christian MILLE

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

LIMITES D'UNE EXPERIENCE
DE LIBERALISATION DANS UN PAVILLON
D'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
ou
DE LA CONTRAINTE A LA LIBERTE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 28 MAI 1975

Président du Jury : M. le Professeur STOPPA
Juges : M. le Professeur Ag. DURON
: M. le Professeur Ag. DELAHOUSSE
: M. le Docteur NACHIN



A MA FAMILLE,

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur René STOPPA

Professeur Titulaire de la Chaire de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Chef de Service

Assesseur à la Faculté

Croix de Guerre 1939-1945.

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Nous sommes heureux d'avoir bénéficié de votre
enseignement hospitalier et universitaire et nous
vous témoignons ici toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DURON

Maître de Conférence Agrégé de Physiologie
Biologiste des Hôpitaux.

Nous sommes honorés de votre présence parmi
nos juges.

Nous apprécions votre enseignement et les conseils
que vous prodiguez si cordialement.

Veuillez trouver ici l'expression de notre vive
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé Jean DELAHOUSSE

Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie.

Médecin Psychiatre des Hôpitaux.

Chef de Service.

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier le
sujet de cette thèse et de nous éclairer par vos
remarques attentives et bienveillantes.

Nous apprécions la qualité de votre enseignement
et la confiance que vous témoignez à vos internes.

Nous tenons à vous exprimer toute notre
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur NACHIN

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Chef de Service.

Votre présence dans ce jury nous honore.

Nous vous devons une part décisive dans notre
orientation et notre formation de psychiatre.

Nous avons bénéficié de vos critiques et de vos
suggestions pour ce travail et nous tenons à
vous témoigner notre vive reconnaissance.

A Messieurs les Professeurs BALEDENT et
GALIBERT

Chefs de Service du C. H. U. d'Amiens.

A Messieurs les Docteurs ROSE Y
CARRE
FELIZA

Chefs de Service du Centre Hospitalier de Saint-Quentin.

A Madame le Docteur MADRE

Médecin Chef de l'hôpital psychiatrique de Clermont de l'Oise.

AUX SOIGNANTS DU SERVICE ET EN PARTICULIER AUX INFIRMIERS DE LA
4ème HOMME.

PLAN DU TRAVAIL

	p.
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>1ère PARTIE</u>	4
"Libéralisation du pavillon"	
<u>Chapitre 1</u>	
Coordonnées structurales et humaines de l'expérience.	5
<u>Chapitre II</u>	
Introduction des méthodes libérales.	10
Résistances, difficultés, effets paradoxaux.	
A. Première "crise institutionnelle"	10
B. Approche théorique de la crise	12
C. Conséquences immédiates	13
D. Etude plus systématique des aspects positifs et négatifs de l'expérience	16
1. Aspects positifs	
2. Aspects négatifs	
a) Chez les soignants	
b) Chez les malades	
- les fugues	
- les "permissions anarchiques"	
- les ivresses	
- les bagarres	
- les insultes au personnel	
- les vols et détériorations d'objets	
- les conduites sexuelles pathologiques	

Chapitre III

Limites apportées à cette entreprise de libéralisation	30
A. Instances de décision et de contrôle visant le rétablissement de certaines règles.	32
1. Réunion des "permissions"	
2. Réunion inter-équipes	
3. "Petite réunion autour du café"	
4. Réunion de pavillon	
B. Exemples de malades ayant posé un problème au niveau de la loi commune	40
1. P. R. "Le caïd et les adaptations secondaires"	
2. V. J. C. "La provocation du soignant"	
3. R. M. "Conséquences de la non contrainte systématique"	
4. C. H. "Le contrat impossible"	
5. H. M. "Le problème de la dangerosité"	
6. M. G. "La loi du légionnaire"	

2ème PARTIE

Réflexions théoriques et pratiques	43
------------------------------------	----

Chapitre 1

Quelques références du mouvement de libéralisation des structures de soins en psychiatrie.	64
A. Critiques de l'ordre asilaire	66
- GOFFMAN	
- RUSSEL BARTON	
B. Les communautés thérapeutiques	67
- Etudes de BLEANDONU	
RAPOPORT	
- Expérience de MARTIN	

C. De l'Institution en négation à l'antipsychiatrie	p. 70
D. Le mouvement de psychothérapie institutionnelle	72

Chapitre II

"Lois et Institution psychiatrique"	75
A. Référence ambiguë à la psychanalyse	75
B. Place de la loi au niveau des soignés	79
1. Restitution de "limites"	
a) Situation du malade par rapport à la loi	
b) Règlement et anxiété	
2. La réadaptation à la vie active	
3. Rendre la vie tolérable et profitable à tous dans une collectivité	
a) Expérience du Docteur UEBERSCHLAG au Lannemezan	
b) Conséquences de l'abolition des sanctions	
c) "La discipline naturelle est une illusion née de notre désir"	
4. Une certaine idéologie génératrice d'une double contrainte	
5. Le problème de la dangerosité	
C. Problème de la loi au niveau du groupe soignant	87
1. Conséquences de l'abolition des règles	
a) Démission - Insécurité	
b) Défense contre la psychose	
2. Nécessité d'une période d'adaptation et de formation	
a) De l'autocratie à la démocratie	
b) Quelques exemples de "mises au point"	
c) Trouver un compromis	
3. Conditions d'établissement des règles	
4. Retentissement des lois intersoignants sur le groupe soigné	
D. Lois de fonctionnement imposées par les structures et les conditions socio-économiques.	99

Octobre - Novembre 1973, un quatrième secteur de psychiatrie générale s'ouvre dans le département. Le nouveau médecin-chef, Professeur agrégé de psychiatrie prend contact avec son personnel.

Des différents entretiens, groupes ou réunions, ressort l'optique libérale du "nouveau patron" : il encourage les initiatives de chacun et semble vouloir orienter son service dans le sens de la démocratisation avec en particulier un assouplissement de la hiérarchie.

Le service est composé de quatre pavillons :

- une admission pour les hommes,
- une admission pour les femmes,
- un pavillon mixte et
- un "bâtiment libre".

Les trois premiers sont des locaux vétustes, peu fonctionnels, situés dans les "murs de l'asile" tandis que le bâtiment libre est un pavillon neuf, d'architecture moderne et situé un peu à l'écart.

Nous nous proposons de suivre l'introduction des "méthodes libérales" dans le pavillon d'admission des hommes afin d'en saisir les avantages, les dangers et les limites.

Avant d'aborder les différents chapitres de ce travail, il n'est pas inutile de se reporter à certaines définitions du "Petit Robert" (59).

- Libéralisme

1. (vieilli)

. attitude, doctrine des libéraux, partisans de la liberté politique, de la liberté de conscience,

. ensemble des techniques qui tendent à garantir les libertés individuelles dans une société.

2. Attitude de respect à l'égard de l'indépendance d'autrui, de tolérance envers ses opinions.

Antonyme : absolutisme, despotisme, dirigisme, étatisme, socialisme.

- Démocratie

1. Doctrine politique d'après laquelle la souveraineté doit appartenir à l'ensemble des citoyens.

Organisation politique (souvent la république) dans laquelle les citoyens exercent cette souveraineté.

La démocratie repose sur le respect de la liberté et de l'égalité des citoyens.

L'utilisation de tels concepts peut paraître paradoxale en psychiatrie puisque

"Le malade mental est en rapport de force non seulement avec son entourage, avec la société extérieure devenus intolérants à sa maladie et qui le rejettent, mais il est encore opprimé par lui-même, par les luttes et conflits internes qu'impliquent sa maladie" (60).

Dans l'institution psychiatrique, l'oppression se manifeste de la même façon. Elle est aussi "un mode de relation à autrui caractérisé par l'impuissance à reconnaître et accepter autrui comme sujet" (60).

Or, c'est en réaction à toutes ces "situations d'oppression" que s'est édifié tout un courant libéral ; courant qui marque ainsi peu à peu les institutions. Mais, l'application effective des "idées libérales" est souvent longue et à l'origine de nombreux conflits : c'est ce que nous nous efforcerons de décrire à partir d'une expérience concrète dans la première partie de ce travail.

- Après avoir rappelé les coordonnées structurales et humaines dans un premier chapitre, nous exposerons dans le deuxième chapitre l'introduction des méthodes libérales dans le pavillon. Nous essaierons de situer les résistances mais aussi les difficultés et effets paradoxaux.

- Le troisième chapitre traitera des limites de l'entreprise de libéralisation pavillonnaire.

Ce réajustement du fonctionnement de l'équipe est un compromis tenant compte des réalités du moment. C'est aussi une démarche délibérée issue de l'expérience et des réflexions qu'elle a suscitées. Nous parlerons ainsi de l'installation des instances de discussion et de contrôle communautaire. Cette option sera illustrée par l'exposé de six cas concrets.

Dans la deuxième partie nous dégagerons quelques réflexions théoriques et pratiques.

- Nous tenterons d'abord de retrouver quelques références essentielles du mouvement de libéralisation des structures de soins en psychiatrie ; et ceci en notant des points de repère dans le mouvement complexe qui se développe depuis une trentaine d'années.

- Puis nous interrogerons parfois les mêmes auteurs sur la place de la loi au niveau des soignés, mais aussi des soignants à l'intérieur de l'institution psychiatrique.

Avant de clore cette introduction, il nous paraît important de souligner l'ambiguïté de notre position d'observateur et d'observé dans cette expérience. Mais nous espérons compenser un certain manque d'objectivité en transcrivant un vécu assez proche de celui de l'ensemble de l'équipe soignante.

PREMIERE PARTIE

"LIBERALISATION DU PAVILLON"

CHAPITRE I

COORDONNEES STRUCTURALES ET HUMAINES DE L'EXPERIENCE

Description des locaux, de l'équipe soignante et de la population de malades.

Le pavillon est à l'origine un pavillon fermé qui reçoit essentiellement des psychotiques dont la durée d'hospitalisation varie entre six mois et trente ans (la distinction est radicale entre "éthyliques" et "mentaux" et on prend un soin particulier à ne pas mélanger ces deux catégories de malades).

En plus de la porte d'entrée, de nombreuses sont fermées :

- porte de l'office,
- porte du "parloir" (lieu où les familles visitent leurs malades)
- porte de la salle de télévision
- de ping-pong
- d'ergothérapie

(sans compter les portes de la pharmacie et de la salle de soins)

"Tout est sous clés".

Les malades sont la plupart du temps assis dans la vaste salle de réfectoire, attendant patiemment les heures de distribution des médicaments et des repas.

Tout acte jugé intolérable pour la "bonne marche" du pavillon est sanctionné par une injection tranquillisante.

Toute forme de communication verbale entre les malades paraît inexistante. Chacun est enfermé dans sa "tour d'ivoire" et une grande léthargie règne partout.

Dans les dossiers, on trouve inscrit : stéréotypies, inertie, repli sur soi, mutisme.

Les infirmiers souffrent d'une hiérarchie pesante et compliquée. Ils doivent respecter et faire respecter trois grands principes :

"Ordre, discipline et propreté"

Ils passent leurs journées à classer, ranger, distribuer, sanctionner, nettoyer.

Ils ont peu de contact avec l'équipe médicale et pensent que leur avis est de peu d'importance. La communication se fait par le biais de rapports, ce qui explique la prolifération de cahiers de consignes de tous ordres.

NB : Il est essentiel de préciser que cette description est certainement assez éloignée de la réalité des faits : ne sont retenus là que des aspects négatifs. Effectivement dans le vécu de l'équipe au départ, toutes les qualités de l'ancien service sont oubliées. Aucune analyse sérieuse n'est faite. On veut introduire un contraste flagrant entre "ce qui existe" et ce qui ne va pas manquer de s'installer, aux yeux de tous, grâce à l'introduction de "méthodes libérales".

Cet aveuglement de départ ne peut en aucun cas constituer une critique solide du fonctionnement antérieur. Il paraît surtout nécessaire pour renforcer le dynamisme de l'équipe.

C'est ainsi que commence une période "d'optimisme pondéré".

"Il faut que ça change" mais on prévoit des résistances à tous les niveaux.

Au début de cette période, il y a un surcroît de travail pour tous et de nécessaires changements du fait de l'arrivée et du départ de malades "ventilés" selon leur secteur géographique.

Un mois plus tard, il ne reste qu'une dizaine de malades n'ayant pas bougé ; tous les autres venant des différents services.

Les renseignements que l'on peut recueillir dans les dossiers sont souvent très faibles. Nous devons tout apprendre des malades eux-mêmes et c'est l'occasion pour certains d'avoir des entretiens prolongés (ce dont quelquefois, ils n'ont pu bénéficier depuis longtemps).

Par ailleurs, l'équipe infirmière est pratiquement inchangée :

Elle est constituée de seize infirmiers et infirmières dont un surveillant et une surveillante. Le roulement est organisé de telle manière que chacun travaille en alternance avec l'un ou l'autre de ces chefs d'unités.

Cette mesure vise à supprimer la notion de bonne et mauvaise équipe étayée habituellement sur celle de bon et mauvais surveillant.

Par la suite, deux infirmières et un infirmier quittent ce groupe pour aller travailler dans d'autres institutions. L'un est déçu dans son attente de rénovation radicale du fonctionnement hospitalier, tandis que les autres changent pour des questions d'aménagement d'horaires ou d'allergie cutanée aux neuroleptiques. Le service de veille est également remanié : pour lutter contre une certaine réalité du veilleur "à gros bras", plus très au fait des nouvelles techniques et assurant la tranquillité des nuits par tous moyens à sa disposition.

Nous-mêmes, arrivons comme nouvel interne, après avoir été interne suppléant dans un autre hôpital. Nous avons connu un service "institutionnalisé" dont nous ne retenons alors que le côté rigide, ritualisé, centralisé (avec un médecin et un surveillant chef contrôlant toutes les activités et limitant les initiatives).

Nous adhérons donc pleinement au "vent de libéralisme" qui souffle dans ce nouveau service et partageons l'enthousiasme de la plupart des infirmiers. Quelques mois plus tard, nous sommes rejoints par un second interne. C'est ainsi que deux rôles sont délimités : celui du "médecin institutionnel" qui règle les problèmes de chimiothérapie, établit les contrats d'entrée et de sortie et participe à l'animation des groupes et réunions, et celui du "psychothérapeute" qui rédige les observations et se charge des entretiens plus neutres.

Enfin et pour mieux faire saisir l'atmosphère qui règne dans le pavillon à cette période, il suffit de se reporter à l'ouvrage d'André LEVY : "Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique" (42).

Le contexte en est très voisin.

Les propos tenus par les infirmiers sont comparables en particulier, ceux qui visent les méthodes et les pratiques de l'hôpital ancien.

"Je ne veux plus de la caserne que j'ai connue... l'hôpital ancien... ce sont en effet les barrières entre les catégories de personnel, les clans, les petits groupes de privilégiés, l'existence d'une structure d'autorité arbitraire et absolue, les abus, la méchanceté à l'égard des malades enfermés comme dans un camp de concentration et traités comme des robots ; l'obsession de la propreté, le médecin chef qui cherche à vous prendre en faute et vous fait sursauter lorsqu'il passe... les surveillants qui sont des kapos ou des rois nègres... les infirmiers en blouse qui vivent dans la crainte, n'osant avouer leurs erreurs... les malades enfin, soit passifs, soit agités, qu'il faut tenir en respect, que l'on déshabille lorsqu'ils entrent et que l'on doit surveiller constamment".

Remarques : Ces propos témoignent surtout d'un banissement de l'hôpital ancien. Or, pour que cette forme de psychiatrie ait des assises aussi solides, il a fallu la complicité de générations de soignants... mais aussi de soignés. Faire la critique de cet "ordre asilaire", c'est aussi faire son auto-critique... à moins

qu'un vaste système projectif ne fasse en sorte que seuls certains "tenants du pouvoir" soient incriminés.

Il existe certainement chez tous les soignants une certaine fascination par le pouvoir, surtout dans un milieu où l'impuissance thérapeutique est quasi la règle.

Il faut peut-être essayer de reconnaître derrière une demande d'assouplissement des hiérarchies, un désir de puissance ; puissance que l'on ne serait peut-être pas très disposé à partager.

La charge fantasmatique d'un tel désir laisse donc présager d'une nécessaire déception. Et même si cette puissance prend de plus justes proportions et s'appelle : responsabilité, autonomie, elle sous-entend une maturité qui n'est pas toujours effective.

Elle suppose une confrontation avec les problèmes quotidiens de l'institution ; elle oblige souvent la prise de décisions difficiles ; elle expose à la critique, au découragement, à l'inefficacité.

Tout ceci permet de prévoir et peut-être de comprendre les résistances au changement. Mais disons, précisément avant de décrire ces résistances, qu'aucun changement n'aurait été possible sans l'extrême tolérance de la surveillante chef et sans la pleine confiance du chef de service.

CHAPITRE II

INTRODUCTION DES METHODES LIBERALES RESISTANCES, DIFFICULTES, EFFETS PARADOXAUX

A. "PREMIERE CRISE INSTITUTIONNELLE"

On attend tous que l'atmosphère du pavillon change rapidement, que chacun s'exprime en parfaite liberté après ce qui est nécessairement senti comme des années de répression. Cependant "tout ne va pas pour le mieux dans le meilleur des mondes".

Les portes restent fermées, les échanges restreints, les malades passifs ; toute initiative nouvelle semble ne pas aboutir :

Où est donc l'obstacle au changement ?

Quand cette question est clairement posée, la réponse existe déjà, le coupable est bien évidemment l'infirmier chef dont on connaît l'attachement aux "bonnes vieilles méthodes" ; tout paraît maintenant bloqué par cette seule personne et les querelles, les rancœurs vieilles de plusieurs années se réveillent. Chacun se souvient du "vieil" hôpital et de ses pratiques et une multitude d'anecdotes circulent. Puis les critiques dirigées contre le surveillant se précisent, deviennent virulentes et créent un état de tension intolérable pour tous.

Une réunion générale des soignants du pavillon est décidée. Elle groupe les deux équipes en présence du médecin chef, de la surveillante chef et de nous-mêmes.

Tout le monde est là sauf le surveillant mis en cause qui a préféré s'absenter ce jour là. La réunion promet d'être houleuse, puisque son seul but est l'expulsion d'un "mauvais objet". Il semble y avoir un affrontement de deux méthodes incompatibles, celle du surveillant et celle du médecin chef. Alors que la seconde reste un peu floue pour tous, la première fait l'objet d'un long réquisitoire. C'est une suite de plaintes, d'accusations.

Le problème est devenu un conflit de personnes. Le médecin essaie de tempérer les passions en rappelant que la rigidité de l'"ancien système" encourage de telles attitudes et qu'il faut donner à chacun le temps de s'adapter.

La décision finalement prise est de multiplier les réunions d'infirmiers où on prendra les décisions en groupe et les réunions de malades qui pourront exprimer librement leurs griefs.

Cette crise marque le passage vers une seconde période :
l'installation des "mesures libérales" :

- les réunions soignantes deviennent hebdomadaires,
- mais surtout les premières réunions de pavillon groupant tous les malades sont instituées.

Les malades sont invités à s'occuper eux-mêmes de la distribution du repas et des diverses tâches ménagères du pavillon. La porte d'entrée est ouverte, les doses de sédatifs sont diminuées et l'usage des injections devient rarissime.

Les malades élisent des délégués qui seront leur porte-parole auprès de l'administration et qui se chargent de l'organisation de bals et de diverses activités. Les permissions deviennent fréquentes. Chacun se couche et se lève à l'heure qui lui convient.

Cette explosion de la parole, de l'initiative, cette "perte de contrôle" va entraîner diverses réactions.

- d'abord une certaine peur va naître chez les soignants, ainsi qu'un sentiment d'impuissance,

- tandis que les malades eux-mêmes vont réclamer des mesures autoritaires et préconiser un régime aux lois sévères.

B. APPROCHE THEORIQUE DE LA CRISE

Il a donc fallu qu'un surveillant soit désavoué publiquement par l'ensemble de l'équipe pour que s'installe assez rapidement un ensemble de "mesures libérales".

Ceci nous renvoie au "mécanisme du bouc émissaire".

A chaque fois que l'équipe doit se resouder, elle n'y parvient qu'en désignant un "persécuteur". L'identité propre de ce personnage a relativement peu d'importance, puisqu'il s'agit d'un concept nécessaire qui a peu à voir avec la réalité. C'est donc indifféremment, un surveillant, un directeur ou même "la société" qui peut jouer ce rôle.

Cela permet à l'équipe de s'instaurer en tant que "sujet" et d'utiliser un "nous" collectif opposé au "il(s)".

Dans l'expérience relatée, le surveillant est le support d'une série de fantasmes, le lieu de projection, le personnage "antipathique" mais aussi "l'analyste de l'institution". C'est lui qui supporte et exprime le premier le malaise qui va s'étendre à l'ensemble du pavillon.

Il est probable qu'en son absence quelqu'un d'autre assumerait aussi involontairement ce rôle difficile. Encore faut-il souligner que cette situation est narcissiquement coûteuse et qu'elle peut être dangereuse pour un individu fragile.

Rappelons avec Pierre SCHNEIDER que

"La cohésion du groupe dépend de l'identification de chaque membre à l'ensemble du groupe, du degré de collaboration possible pour atteindre un but commun, d'un facteur de loyauté envers les autres membres et également de la disposition à se défendre contre l'extérieur. La cohésion et le sentiment d'appartenance paraissent être des phénomènes réciproques" (65).

Par la suite, le surveillant a pu réintégrer le groupe quand ce dernier s'est trouvé attaqué par un autre groupe, celui des malades.

Mais c'est anticiper sur certaines conséquences immédiates.

C. CONSEQUENCES IMMEDIATES

Le surveillant est en quelque sorte "immolé" symboliquement en tant que représentant de l'"ancien système" et ceci devant le médecin chef représentant du "nouveau système". Ce "pseudo-sacrifice" semble permettre une économie de l'anxiété devant le changement, devant l'inconnu. Les craintes sont momentanément oubliées, ce qui a pour effet de "débloquer" la situation, mais aussi d'en perdre le contrôle.

La préparation, la discussion, la critique des mesures introduites sont éludées.

On veut des mesures spectaculaires dont on espère des effets rapides et satisfaisants pour le "moral" de l'équipe.

C'est dans cet esprit anormalement serein que les premières réunions de pavillon ont lieu, que les portes sont ouvertes, que l'ensemble des tâches ménagères est confié aux malades, tandis que le surveillant, un peu en retrait, se tait.

Mais après cette période vont surgir les doutes, les interrogations, les malaises.

Une analyse superficielle montrerait peut-être que les malades sont tout prêts "à prendre la relève". En effet, en quelques semaines l'aspect du pavillon change de façon étonnante. La liberté de circulation dans l'hôpital facilite les échanges avec les autres pavillons ; des malades femmes viennent régulièrement et animent les discussions.

Quelques malades se chargent eux-mêmes de la distribution des repas et la participation est d'emblée importante aux réunions.

Pourtant, une analyse rigoureuse démontrerait que ce "mouvement de relève" n'est assumé que par un nombre limité de participants. Il s'agit essentiellement de malades disposant déjà d'un statut un peu différencié dans leurs pavillons d'origine ; c'est-à-dire ceux à qui les infirmiers parlaient facilement, ceux qui remplissaient déjà certaines tâches de confiance, ou ceux encore dont la thymie expansive facilitait l'expression verbale.

C'est par ce biais qu'un groupe de malades élus délégués deviennent rapidement dominateurs et tentent d'imposer une loi qui protège leurs intérêts personnels tout en affirmant défendre l'intérêt collectif.

On peut rapprocher cette période de "l'époque BAYLE COMPTON" décrite par WOODBURY à Chesnut Lodge. Il s'agit de la deuxième étape de son expérience communautaire inscrite après une politique d'exclusion et un régime autoritaire et avant "l'époque parlementaire". Le pavillon est devenu le plus perturbé de l'hôpital et le cycle des "dictatrices folles" forme le syndrome typique de cette période ; alors que ".../... l'accent est mis surtout sur l'indulgence, la tolérance et le soutien de la malade" (75).

On retrouve les mêmes types de phénomènes dans notre pavillon avec quelques malades qui se détachent du groupe, "monopolisent" la parole dans les réunions et imposent leurs décisions ou leurs modes de fonctionnement.

Citons Monsieur Bd, dont le discours "fumeux" est le plus écouté, que certains appellent le chef avec un respect manifeste pour son verbiage "savant" (parce qu'ésotérique).

Ce "chef" est bien évidemment un "des éléments les plus pathologiques du groupe". (65).

Comment en parler sans évoquer son "rival" Monsieur Bx. Ce dernier présente alors une sorte de "folie administrative". Psychotique chronique traité à plusieurs reprises et pendant de longues années, il est surtout connu pour son mode de pensée paralogique et les facultés de médium qu'il croit posséder. Lorsqu'il est nommé délégué, il s'identifie complètement à son rôle et passe toute la journée à établir de longs rapports dans lesquels il relate les moindres événements de la vie du pavillon. Il remplit ainsi des centaines de pages, s'asseyant le plus souvent dans le bureau du surveillant, bureau où chacun peut alors s'installer librement. Il s'efforce d'imiter les observations infirmières autrefois envoyées chaque matin au médecin chef. Ce style involontairement caricatural constitue encore la meilleure critique d'une époque pas toujours révolue :

"Bx... Fernand, Henri, Marcel

né le 29 janvier 1916 à D...

Monsieur A... Infirmier en chef du pavillon

Rapport à transmettre au Docteur X et au Docteur Y.

Conclusion : les 45 francs que le malade C m'a pris dans la nuit du 13 mai 1974 ont été contrôlés par deux témoins le malade P et le malade B.

De cet argent, j'ai pu récupérer 20 F mais les 25 F étaient déjà dépensés par C.

Je vous demande de voir les deux témoins en question et de récupérer mes 25 F.

Samedi 7 septembre 1974,

La Victime."

Ce que l'on peut comparer également avec "l'époque Bayle Compton" est certainement l'atmosphère d'indulgence. Là aussi "l'acting out est souvent excusé par les soignants" (75), des bagarres, des ivresses, des insultes au personnel, des destructions de matériel, des vols, des fugues ont lieu fréquemment ; pourtant les soignants interviennent peu.

Avant d'aborder ces aspects négatifs de l'expérience, il convient d'insister sur un certain nombre d'aspects beaucoup plus positifs.

D. ETUDE PLUS SYSTEMATIQUE DES ASPECTS POSITIFS ET NEGATIFS DE L'EXPERIENCE

1. Aspects positifs

Il est difficile d'apprécier objectivement quel type de mesures a permis telle ou telle amélioration et nous nous contenterons de citer brièvement ce qui semble avoir favorablement changé chez les uns et les autres.

- Le pavillon a perdu l'aspect endormi qu'il avait précédemment et la passivité, l'inertie, l'apragmatisme ont fait place à un dynamisme dans les idées et les actes. La disparition du rituel de certaines tâches infirmières a permis la réduction de certaines stéréotypies chez les malades.

- L'expression plus libre, la libéralisation de l'initiative, la facilitation de la communication dans l'équipe se juge par l'évolution des "tours d'ivoire" dans le sens d'un véritable échange verbal.

- Les scissions moins marquées entre infirmiers, surveillants et médecins réduisent la ségrégation nosographique ou sociale parmi les malades (le fonctionnement d'un groupe influant directement celui d'un autre groupe).

- La participation des malades à la gestion et à l'entretien du pavillon libère les infirmiers des pesantes tâches ménagères et les rend plus disponibles. On tient compte maintenant des critiques, remarques ou suggestions de chacun, quelle que soit sa place dans l'institution. C'est la fin de l'anonymat.

- C'est aussi la période de révélation des "talents cachés" utilisés dès lors pour le contact, l'organisation, les loisirs.

Et surtout, un certain enthousiasme est retrouvé alors qu'il paraissait impossible dans une telle structure.

Le pourcentage de sorties ou de placements en hospice a augmenté ainsi dans de fortes proportions (cependant il faut tenir compte de l'effet favorable du changement de secteur, nombre de malades bénéficiant d'un regard nouveau, les efforts improductifs et les déceptions successives maintenant oubliées cessent d'alourdir le pronostic. Au découragement fait place un nouvel espoir).

2. Aspects négatifs

a) Chez les soignants

Il se développe après cette période optimiste un certain malaise lié en particulier à une prise de conscience. Les infirmiers ont "perdu le contrôle" de la situation. Tout semble leur échapper et une peur des malades pointe dans l'esprit de certains. La crainte de l'anarchie, la "hantise des accidents, des coups durs, des suicides, des évasions" (42) s'installe chez les uns et les autres.

C'est autour d'un malade que se développe plus particulièrement cette peur.

Monsieur A. arrivé récemment d'un autre pavillon, mais précédé par toute une réputation, est connu comme un psychotique difficile, persécuté. Il est d'emblée l'objet d'une méfiance particulière : il est algérien, "à l'air sournois" (sous entendu le nord-africain qui poignarde facilement dans le dos), il se promène "en roulant les épaules". Il appuie toutes ses revendications d'un "sourire narquois".

Or, un jour il essaie d'embrasser la fiancée d'un malade à l'intérieur même du pavillon. Une infirmière présente intervient mais elle fait l'objet de la même tentative. Elle le repousse vivement et cela déclenche chez lui une réaction très agressive ; il s'empare d'une chaise pour frapper tous ceux qui se trouvent là. Des infirmiers viennent pour le "maîtriser". On appelle même du renfort pour effectuer une injection. Le lendemain, on nous relate cet incident survenu l'après-midi. Nous essayons d'envisager les significations possibles de tout cela et de réfléchir sur la conduite la plus apte à éviter la séquence : agression - punition. Nous ne proposons pas d'autre solution qu'une certaine méditation autour de l'évènement. Nous désirons ainsi faire surgir quelques interrogations là où n'existent que des réflexes trop bien établis.

Mais ce qui sera surtout retenu de notre intervention est une hostilité contre les injections. Par extension, il est prouvé que "les médecins sont contre les piqûres" et il convient de les bannir de l'arsenal thérapeutique. C'est à dessein que nous utilisons le mot "arsenal", car ce jour là les infirmiers ont été privés d'une "arme". Lorsque par la suite, ce même malade sera insomniaque, angoissé, il se trouvera devant des infirmiers "démunis".

Les infirmières craignent alors de veiller et envisagent des mesures de protection personnelle, d'autant que les perturbations nocturnes sont extrêmement fréquentes.

Nous pouvons soumettre un essai d'interprétation en disant qu'un véritable déséquilibre s'est produit dans le jeu soignants-soignés.

Il y avait avant une peur réciproque :

- peur du fou "furieux" pour les infirmiers,
- peur des moyens répressifs pour les malades.

Or, la suppression ou la réduction des moyens de contention physiques ou chimiques, la perte des moyens de pression (permissions, rapports) semble avoir mis l'infirmier en position d'infériorité.

Il ne s'agit, bien sûr, que d'une illusion, mais qui est soutenue par un sentiment de frustration. Car ce "pouvoir" qu'il enviait à son chef, il le retrouve maintenant chez le malade, court-circuité qu'il est dans cet échange fantasmatique des rôles. Il se sent frustré au niveau d'une puissance qu'il espérait acquérir avec la remise en cause de la hiérarchie.

Par la suite et comme pour confirmer cette tentative d'explication, on retrouve tout naturellement une revendication au niveau d'un "savoir".

Le médecin est accusé de vouloir garder sa science pour lui seul : la science des rapports humains. L'infirmier veut devenir "technicien de la relation" et souhaite donc qu'on lui enseigne une technique. Puis il comprend que cet enseignement est un mirage. Il essaie alors de trouver en lui-même ce qu'il cherche ailleurs.

Ainsi,

"Le changement inhérent aux nouvelles méthodes est ressenti comme exigeant une refonte totale de la personnalité et non comme nécessitant simplement l'adoption de nouveaux comportements ou habitudes" (42).

C'est un peu comme s'il fallait passer par une phase dépressive pour réajuster les rôles, repenser les limites de l'expérience et assumer de nouveau la fonction de soignant dans le type de société actuelle.

Un immense effort de rédéfinition est donc nécessaire quoique difficile ; d'autant qu'il est justifié par le comportement et le discours des malades.

b) Chez les malades

Certains comportements, non contrôlés pourraient mettre l'institution en péril ; heureusement il n'y a pas d'accidents très graves pendant cette période un peu floue.

Mais comment ne pas citer un certain nombre d'attitudes chez les malades qui "posent alors problème".

1° Les fugues

- Nous ne voulons pas parler de quelques vieillards égarés dans l'enceinte de l'hôpital, facilement retrouvés et souvent ramenés par d'autres malades du pavillon. Pourtant ceci ne manque pas de contrarier quelques administratifs ou employés des services généraux peu habitués à voir leur domaine visité.

- De même, nous ne dirons qu'un mot de ceux qui partent définitivement, de ceux qui optent pour une vie vagabonde marquée par quelques étapes dans les hospices, hôpitaux généraux ou psychiatriques et même les prisons.

- Nous voudrions surtout mentionner les fugues de quelques heures ou quelques jours.

Il s'agit essentiellement de quelques "psychopathes" au niveau intellectuel très modeste qui s'offrent un peu de vacances et reviennent tout naturellement après avoir profité d'un peu de "bon temps" à l'extérieur.

Ce qui ne manque pas de prendre un caractère provoquant pour les infirmiers, mais aussi pour d'autres malades plus "timorés".

Ils risquent d'être imités par quelques psychotiques. Ainsi, Monsieur A. est un jour parti pour se recueillir sur la tombe de sa mère. Hélas, son voyage et son séjour dans la petite ville où se trouvent le cimetière et la vieille maison maternelle ont été une source d'inquiétudes et d'irritation. Des plaintes ont été déposées à la mairie et à la préfecture. Lui-même est revenu amaigri, angoissé et délirant.

Ce problème rejoint celui des permissions.

2° Les permissions anarchiques

Pendant toute cette période, les permissions sont très "généreusement" accordées. Il suffit pour un malade de la demander et elle lui est presque immédiatement remise. Certains s'emparant du carnet de permissions essaient de les rédiger eux-mêmes et de les envoyer au bureau de la surveillante chef (pour la signature).

Plusieurs bénéficient d'une "permission permanente" dans le but officiel de rechercher du travail. En fait, cela leur permet de s'absenter toute une journée et d'utiliser le pavillon comme "une pension de famille" très tolérante... car les retours sont souvent un peu tapageurs.

3° Les ivresses

Elles sont fréquentes, provocantes et contrastent avec le souci antérieur de "passer inaperçu". Certains affichent avec une évidente fierté leur "score" de la journée.

Elles sont au départ assez bien tolérées par l'équipe qui pense qu'il s'agit souvent de la seule consolation après de longues années d'hospitalisation.

Car il est remarquable qu'elles concernent essentiellement les malades hospitalisés pour des "troubles du comportement" et dont les chances de réadaptation à la vie sociale sont jugées particulièrement limitées.

C'est en quelque sorte "le verre du condamné... à l'asile ! "

Pourtant elles provoquent des bagarres, elles accentuent l'agitation intrapavillonnaire.

4° Les bagarres

Quasi journalières, quoique de peu de gravité. Elles nécessitent assez fréquemment l'intervention des internes de garde pour quelques points de suture. Certains débiles ou déments sont les victimes innocentes et reçoivent quelques "coups perdus".

Cette agressivité gestuelle est le fait du plus grand nombre. Elle constitue des échanges infraverbaux et semble témoigner d'une esquisse de communication. Hélas, à ce stade, le supposé message reste "lettre morte". Car une explication univoque vient occulter la question : c'est sans aucun doute la promiscuité, le mélange de malades à sociabilité différente qui est en cause. Cet effectif mais insuffisant argument "sociologique" permet de faire l'économie d'une recherche "psychologique". Dans le cas où l'agitation agressive concerne certains individus, on est tout prêt à les excuser du fait même de "leurs troubles mentaux". On se souvient qu'ils ont été placés dans l'institution parce qu'irresponsables... et selon les termes même des expertises "inaccessibles à une sanction pénale".

Pourtant lorsque certains malades, reconnus comme dangereux sortent leur couteau et se proposent de rendre justice eux-mêmes, la tolérance des soignants est gravement mise en cause. Leur tolérance est aussi cruellement ébranlée quand ils se voient méprisés ou insultés.

5° Les insultes au personnel

L'agressivité verbale s'exprime certes entre malades et rend souvent le pavillon bruyant et fatigant. Mais ce sont surtout les infirmiers qui ont à souffrir des insultes de certains malades : ces infirmiers à qui on ôte le "balai et la seringue" et qui s'interrogent sur leur nouveau rôle.

La "blouse blanche" n'est décidément plus respectée. C'est surtout l'infirmier chef qui est ouvertement critiqué et même grossièrement injurié.

Le ressentiment primitivement exprimé par les infirmiers est maintenant violemment exposé par certains malades. Ou plutôt, c'est à la suite d'une explication directe impossible qu'un "non-dit" vient s'inscrire avec retard dans l'institution.

Le psychotique, ce "haut parleur de la vérité des autres" vient dire et même agir ailleurs et en d'autres temps le conflit mal résolu. Il pose et fait poser des questions plus fondamentales.

On entend au cours d'une réunion de pavillon "à quoi ils servent maintenant les infirmiers ?". Tous les soignants sont concernés, leur parole est l'objet d'une sorte d'intolérance, leur utilité est mise en cause. Le problème de leur statut est douloureusement posé, tandis que se flétrit leur image de marque.

6° Vols et détériorations d'objets

- Les vols

Ont-ils été plus nombreux que pendant les années précédentes ?

Il est difficile de comparer, compte tenu du manque d'informations utilisables.

Par ailleurs, les malades conservant maintenant certains biens personnels, le risque est plus grand. En encourageant les familles à apporter du linge, en respectant la volonté de celui qui désire garder avec lui quelque objet précieux, tout en permettant au plus grand nombre de sortir du pavillon, on aboutit à un constat régulier de disparitions de vêtements et surtout d'argent. Les revenus sont faibles à l'intérieur et il faut bien se trouver d'autres ressources pour alimenter les sorties.

La tentation est grande pour des malades hospitalisés depuis de longues années et voyant déployer devant eux des richesses auxquelles ils n'ont jamais eu accès.

La notion de propriété n'a pas grand sens dans un milieu où rien ne vous appartient et, qui plus est, pour un psychotique. La libéralisation des échanges avec le monde extérieur exige une adaptation brutale à d'autres réalités économiques. En supprimant certaines règles arbitraires du "dedans" on suppose que les règles implicites du "dehors" vont s'imposer d'elles-mêmes. Elles seront au contraire amenées par des malades nouveaux et quelquefois sous une forme autoritaire.

- Les détériorations d'objets

Elles sont inévitables, de par la mise à la disposition de tous d'un plus grand nombre d'objets.

Nous prendrons comme exemple celui de la télévision.

"Autrefois", les boutons de réglage du récepteur étaient "protégés" par une planchette en bois verrouillée ; seuls les infirmiers possédaient la clé ; ils étaient donc seuls à pouvoir allumer, éteindre et choisir la chaîne qui leur convenait.

Dans le pavillon "libéralisé", le cadeñas est enlevé et chacun peut voir et entendre l'émission qui lui plaît, à toute heure de la journée. Ce qui a pour effet de créer quelques conflits au moment du choix du programme.

Ils sont partiellement et momentanément résolus par l'institution d'un vote qui permet de remplacer la loi du plus fort par la loi du plus grand nombre.

Mais, quelques-uns persistent à se croire techniciens et effectuent de savants réglages qui nécessitent l'intervention réitérée du réparateur. Les "pannes provoquées" suscitent une vive hostilité envers tous ces manipulateurs qui sont souvent violemment exclus de la salle de télévision.

Nous évoquerons en dernier lieu le problème des conduites sexuelles.

7° Conduites sexuelles pathologiques

Le pavillon décrit n'est pas mixte, mais les échanges sont fréquents avec le pavillon d'admission des femmes et les autres pavillons mixtes du service. Il existe dans cette situation d'incontestables avantages qui facilitent la "resocialisation".

Mais elle peut paradoxalement aggraver un processus de chronicisation : témoins certains couples qui ne peuvent s'installer qu'à l'intérieur et qui ne cherchent même plus une adaptation trop difficile ailleurs.

Nous voulons relater dans ce paragraphe quelques types de comportements, favorisés par le "libéralisme" et qui ont posé de nombreux problèmes aux soignants.

- C'est le cas de Monsieur P. 30 ans, hospitalisé depuis 16 ans et qui est à certains moments un leader incontesté et tyrannique. Il sait tirer le plus grand nombre de bénéfices secondaires de cette "institution nouvelle".

Quoique considéré comme un débile (cf cas n° 1) il exploite de façon calculée la prostitution de sa "petite amie". Il aménage le "lieu" dans une partie reculée du parc et établit lui-même les tarifs (boissons comprises !). Ce proxénétisme fait scandale mais personne n'ose s'interroger clairement sur ses causes et ses conséquences.

- Les pratiques homosexuelles sont moins réprimées. "On les ignore".

Elles sont quelquefois l'origine d'angoisse intense chez certains psychotiques. L'un d'entre eux exige un traitement qui lui supprime ses "toxications" (néologisme désignant les érections spontanées).

Ou bien les plaintes émanent des services administratifs ou du directeur lui-même qui se plaint d'être le témoin involontaire "d'affligeants spectacles" dans les WC.

L'ensemble des comportements cités nous permet de comprendre pourquoi la grande majorité des soignants se montre alors favorable à une réflexion nouvelle sur les effets de la libéralisation et peut-être sur la nécessité d'établir des limites.

Pourtant, chacun veut éviter d'instituer un nouveau régime aveugle et répressif.

Ce qui favorise la cohésion des plaintes et pose brusquement le problème des limites est l'invasion de poux dans les cheveux et le linge des malades. Cette infestation s'est produite à plusieurs reprises depuis que les

infirmiers ont supprimé le dégradant passage obligatoire et hebdomadaire aux douches.

Il n'existe plus de "vérification de la propreté" et certains malades ont pu ne faire qu'une toilette sommaire pendant plusieurs semaines sans être inquiétés.

Instituer un contrôle quelconque paraît donc préférable à l'astreignant épouillage.

Il suffit pour cela de surveiller avec discrétion la toilette de certains malades et une relative fermeté à cet égard est une des premières règles restituée officiellement.

Ceci nous conduit à porter plus d'intérêt à certains thèmes des réunions pavillonnaires. Il nous paraît alors évident que les exigences de contrôle et d'autorité ont un fondement plus véridique que celui que nous avons primitivement présumé.

Nous pensions qu'il ne s'agissait au départ que d'une forme de résistance à l'introduction des méthodes libérales...

En effet, il nous était difficile de comprendre comment on pouvait réclamer des règlements après des années de soumissions ou de contraintes les plus révoltantes. C'est oublier les nécessités de fonctionnement de toute collectivité, c'est oublier que les règlements sont cette fois souhaités et non imposés (même si leurs principes paraissent identiques).

- On nous demande de réglementer les visites des malades d'autres pavillons.

- On nous propose de contrôler et d'interdire toute introduction d'alcool dans le pavillon.

- Le problème des retours de permission est vivement posé et des mesures de restriction sont exigées.

- On veut instituer des règles contre le bruit : le "tapage nocturne", l'usage intempestif des transistors, les déambulations tardives. La majorité réclame une augmentation du traitement sédatif vespéral pour les perturbateurs.

- On revendique des suppressions de permission pour les "voleurs, les ivrognes, les bagarreurs".

- Certains veulent restituer le rôle de surveillance à l'infirmier ; d'autres réclament, en plaisantant un peu, un inspecteur de police.

Il faut donc, à l'issue de cette période, trouver un mode de fonctionnement plus satisfaisant pour tous.

Nous pouvons reprendre à notre compte cette remarque de DESSUANT dans sa thèse sur une communauté thérapeutique.

"L'abandon par le personnel de nombreuses règles élémentaires de vie commune ne représente en réalité qu'une concession à la psychose et n'aboutit qu'à rendre l'asile fou".

"Le groupe adopte dans tous les cas une attitude socialisante à travers la pression qu'il exerce sur celui dont le comportement va à l'encontre des normes communément admises" (18).

En conclusion de ce chapitre, disons que nous avons projeté notre propre idéal de société démocratique dans un lieu dont nous ignorions les caractéristiques profondes.

C'était méconnaître certaines nécessités inhérentes aux structures et aux hommes, qu'une étude authentique de l'histoire de ce pavillon aurait facilement mises en évidence.

Nous aurions pu dégager et retenir d'emblée certains côtés positifs et éviter ainsi certaines expériences malheureuses.

CHAPITRE III

LIMITES APPORTEES A CETTE ENTREPRISE DE LIBERALISATION

Un certain nombre de mesures sont donc introduites afin de permettre à chaque soignant de mieux assumer son rôle. Certaines règles sont établies avec un peu de regrets mais elles paraissent préférables aux lois arbitraires qui se sont installées.

Nous sommes de nouveau conscients que l'hôpital est souvent un lieu d'accueil pour des gens rejetés partout ailleurs. La dénégation de ce rôle nous semble génératrice de situations absurdes et risque de rejeter certains malades dans des milieux intolérants.

C'est justifier la création de sections spéciales, de cellules de sécurité comme celles que Philippe et Edmée KOEHLIN ont découvertes à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu au Québec.

"Le corridor de sécurité abrite dix sept malades, il est composé d'un couloir en forme de Z, de neuf pieds de large environ. Il a quatre portes d'accès toutes fermées à clé et sans poignée. Il est bordé de dix neuf cellules de quatre-vingt pieds carrés environ chacune. Elles ont une fenêtre à barreaux avec en plus un grillage mobile. Dans chacune il y a un vase de nuit que l'on peut vider de l'extérieur.

L'éclairage artificiel est nécessaire. Les murs sont nus, sauf deux tringles de fer, destinées à attacher les malades à la 'patte' " (35).

Nous sommes les premiers à condamner cette forme ultime de ségrégation. Il faut donc accepter de recevoir non seulement les malades qui le désirent mais aussi tous ceux qui nous sont confiés par des familles épuisées ou des milieux terrorisés.

Toute sélection est juridiquement et moralement impossible.

Dans une discussion au cours du colloque international de Paris en février 1972, Mademoiselle MICHAUD rappelle justement :

"Quand le problème de la violence met en question l'institution antipsychiatrique, la réponse finalement donnée est la rejection. Le malade qui a mis en question Kingsley Hall a été réhospitalisé dans un asile. Et, en définitive, c'est dans les asiles que se trouvent les chroniques, les vrais fous dangereux. Les deux solutions admises, aussi bien dans les expériences antipsychiatriques que dans les communautés thérapeutiques sont la contention chimique et pour les psychopathes caractériels graves la prison" (48).

L'hôpital psychiatrique, déjà lieu de rejet, fantasme ou secrète d'autres lieux de rejet. Là aussi se pose le problème du "reste", de ces quelques malades gênants qui entravent le "bon fonctionnement" des unités de soins.

Et les médecins des "services de sécurité" savent bien que le plus grand contingent de malades difficiles leur vient des services "libéraux".

Nous souhaitons au contraire, dans ce pavillon "libéral" redonner, comme le propose LAING, un sens fort et vrai au mot asile.

Dans ce pavillon qui doit et veut recevoir tous les malades quels qu'ils soient, certaines règles de fonctionnement sont obligatoires. Il n'est pas question de revenir à un système rigide et c'est précisément ce que nous voulons éviter en confiant le pouvoir de décision au collectif soignant et parfois à l'ensemble des soignés.

Car nous savons qu'"en cas de crise, il y a toujours un risque de régression brutale avec un retour à un système archaïque, basé uniquement sur l'autorité du chef "vécue" de façon fantasmatique ou non" (18).

Les effets d'un tel "revirement" sont surtout attendus au niveau de l'atmosphère même du pavillon, on espère plus de calme, moins de conduites anarchiques ou agressives, un meilleur contrôle des comportements aberrants, mais la réelle prise de décisions en groupe et parfois de décisions impératives a aussi des effets individuels inespérés.

A. INSTANCES DE DECISION ET DE CONTROLE VISANT LE RETABLISSEMENT DE CERTAINES REGLES

Il s'agit de la modification ou de la création de certaines réunions.

1. "Réunion des permissions"

La réunion de soignants du mercredi prend rapidement le nom de "réunion des permissions". Les malades doivent donc prévoir leurs sorties et déposer leur demande auprès des infirmiers avant le mercredi.

Cette loi, à première vue, complètement arbitraire permet d'éviter le clivage entre les "bons infirmiers" qui distribuent largement ces formes de gratifications et ceux plus prudents qui craignent des incidents... Avant ce que l'un refusait en connaissance de cause, l'autre l'acceptait car mal informé. Cette réunion permet donc de recueillir tout le réseau d'informations, mais aussi de réaliser à ce niveau une "cure de scissions".

Elle aide le malade à prévoir, mais aussi à préparer les sorties qu'il envisage. Le but est d'éviter les démarches intempestives à l'extérieur qui entraînent méfiance et rejet de ceux qui en font l'objet. Nous nous efforçons à cette occasion de lui faire envisager les difficultés qu'il ne manquera pas de rencontrer, nous l'encourageons à soigner sa présentation.

Cette réunion permet de faire le point sur les permissions précédentes, sur les aspects positifs qui font quelquefois envisager de nouvelles perspectives de réinsertion familiale ou même socio-professionnelle. Il faut faire le point également sur les aspects plus négatifs : le retour en état d'ivresse avec les bagarres, les agitations...

C'est parfois l'occasion de comprendre l'origine de comportements jugés aberrants ou de combattre des adaptations secondaires qui renforcent la chronicité.

Des suppressions de permission sont donc décidées dans le but délibéré de casser certains cycles pathogènes.

Le soignant devient donc nécessairement répressif, mais cette forme de répression est porteuse d'espoir, car elle peut s'ouvrir sur un avenir non asilaire.

2. Réunion interéquipes

Il nous paraît alors nécessaire de compléter cette réunion de permissions par une réunion interéquipes, afin d'établir une plus complète communication des informations et "un traitement des scissions" plus sérieux.

WOODBURY insiste sur cette nécessité fondamentale, mais très difficile à réaliser puisqu'elle demande beaucoup de temps, beaucoup de patience :

"Il est évident que même si l'origine des scissions vient des malades, leur perturbation relève de la pathologie, des jalousies, préjugés et rognés des soignants les uns envers les autres et leur résolution dépend de la capacité de l'équipe de résoudre les problèmes interpersonnels de ses membres et de l'existence d'institutions appropriées, comme par exemple, une réunion d'équipe hebdomadaire" (75).

Ce que nous recherchons essentiellement dans cette nouvelle institution est l'établissement de "plans thérapeutiques" concernant certains malades difficiles. L'équipe est parfois amenée à décider des mesures d'apparence sévères.

Se fait jour ainsi la notion de contrat pris avec certains malades : nous essayons d'établir un but à atteindre et de déterminer ainsi les moyens à employer.

Nous verrons combien cette manière de procéder peut se montrer efficace avec ceux qui sont en traitement libre, c'est-à-dire ceux qui peuvent "librement" accepter les impératifs définis ou refuser et quitter l'hôpital.

Pour les autres, le problème est fondamentalement différent, car les mesures prises sont vécues comme des contraintes supplémentaires, ajoutées à celles déjà lourdes de l'hospitalisation non consentie.

Il est donc indispensable qu'existe une réelle possibilité de réinsertion familiale ou sociale pour établir un tel contrat.

Il ne s'agit pas de faire disparaître de force un symptôme qu'on jugerait condamnable.

Nous voulons prévenir ici la critique qui apparaît dans la thèse de Françoise PETCHOT-BACQUE LUQUE "réflexions à propos du recours aux règlements comme conduite d'évitement du fait pathologique en psychiatrie". "Cet ordre à respecter à l'hôpital psychiatrique, institué comme règle qu'on n'y a pas le droit d'avoir un symptôme, d'être malade. Cette règle appartient à l'imagination du collectif soignant. Dans ce cas, appliquer un soi-disant modèle de structure administrative, c'est une manière de ne point entendre le symptôme et même une tentative de l'effacer en l'empêchant d'apparaître. Les soignants font alors référence à une loi inscrite dans les textes ; aux règlements qui définissent à l'hôpital psychiatrique le champ contraignant administratif" (56).

Au contraire, dans le contrat que nous nous efforçons de définir, la référence à des règles est "prescrite" pour lutter contre des adaptations secondaires néfastes ; symptômes moins de l'individu que de l'institution.

Nous voudrions traduire la nécessaire position de force qu'il faut adopter pour vaincre la résistance du malade qui s'accroche à sa vie asilaire.

L'équipe soignante ne se décide souvent à une telle détermination que lorsqu'elle est persuadée qu'il n'y a pas d'autre solution ; sans cette détermination elle sait que le même problème pourra se poser pendant des années jusqu'au jour où il sera abandonné (tant les chances de succès seront devenues minces).

3. La petite réunion autour du café

Cette petite réunion est destinée, chaque matin, à faire le point des problèmes de la journée, à répartir les tâches, à déterminer les activités de groupes ou les entretiens individuels.

Mais elle permet surtout de reprendre les événements de la veille, d'essayer de les comprendre. Ceci nous apparaît comme un immense progrès eu égard à l'antique cahier de rapport qui venait échouer sur le bureau du médecin-chef.

L'évènement doit être métabolisé sur place et non refoulé, adressé à un autre niveau.

Nous avons l'habitude pendant cette demi-heure de discuter avec ceux qui ont enfreint une des règles élaborées pour rendre la vie communautaire possible.

En effet, il existe alors un minimum de règles établies plus particulièrement au cours des réunions de pavillon.

4. Les réunions de pavillon

Ces réunions où est présent l'ensemble des malades ont lieu tous les mardi. Nous avons déjà eu l'occasion de signaler qu'un certain nombre de plaintes ou de souhaits concernant la loi s'y sont exprimés ; mais aucune règle ne s'est clairement dégagée.

Les infirmiers craignent qu'en fait d'autodiscipline, ne s'installe une sorte de domination autoritaire de quelques "éthyliques" sur les "mentaux" (réutilisant ainsi une terminologie inusitée depuis plusieurs mois).

Un des principes fondamentaux, clairement établi, et sur lequel ils sont les plus intransigeants est celui de l'égalité des droits de chacun, quelle que soit sa pathologie.

On proclame dont hautement que chacun est tenu de protéger les plus faibles et qu'on ne tolérera aucune forme de vexation, d'oppression ou de brutalité à leur égard.

Certaines formules un peu lapidaires sont lancées :

"Il est interdit de brutaliser un vieillard et aucun prétexte ne pourra servir de justification".

"Les délégués ne doivent pas être des dictateurs mais traduire la volonté du plus grand nombre".

La plupart des malades, soucieux de rétablir un peu de calme et d'ordre dans le pavillon proposent eux-mêmes un certain nombre de mesures.

Le point le plus âprement discuté est celui des ivresses. Pour en donner un aperçu, nous pouvons transcrire un extrait de discussion :

- Monsieur X. est rentré ivre de sa permission,
- C'est la deuxième fois et surtout il ramène de l'alcool dans le pavillon,
- L'alcool devrait être complètement interdit... On se fait soigner pour les nerfs... C'est un problème de volonté.
- Il faudrait les mettre à la porte.
- A chaque fois, ça entraîne de la bagarre et des embêtements.
- Il y a un manque de discipline.
- Il faudrait fouiller les gens à l'entrée comme à l'hôpital général.
- C'est des punitions qu'il faudrait, des piqûres, du sérum.
- Oui, des intraveineuses, une 2-2 de 24 heures.
- Il faut les empêcher de sortir.
- Il y en a qui sont soignés pour ça et pour eux, c'est encore plus pénible.
- Y-a qu'à les marquer au fer rouge.

... Rire général.

Par la suite, le ton s'est dépassionné, mais il est clairement défini que toute ivresse tapageuse méritait punition : essentiellement la suspension momentanée des permissions.

Le côté moralisateur et intransigeant des soignés permet au soignant de jouer un rôle plus différencié (il peut rester souple, ouvert, attentif aux difficultés dont témoignent la plupart des conduites "anti-sociales").

Les lois indispensables au fonctionnement du pavillon peuvent être appliquées, tout en reprenant à un autre niveau le pourquoi de telles conduites.

De la même façon, des règles d'hygiène sont définies, des horaires de lever sont proposés et votés ; la participation la plus large au nettoyage, à la distribution des repas, à l'entretien du pavillon est décidée.

Le non respect systématique de ces décrets implique parfois des sanctions dont la principale est la privation de sortie.

C'est donc pour se donner les moyens d'appliquer les décisions que les infirmiers sont amenés à fermer les portes du pavillon. Elles sont ouvertes quand personne n'est tombé sous le coup de la loi... ce qui ne manque pas d'aiguiser l'agressivité à l'égard du contrevenant. Pourtant, un malade détenteur des clés ouvre facilement la porte à tout autre qui le demande.

Cette solution, insatisfaisante, est retenue comme étant la seule permise par l'architecture. Actuellement, est créée une chambre d'isolement qui soulève des controverses ; chacun est prêt à l'utiliser comme lieu de soins, mais très peu comme prison.

Nous citerons à ce propos la querelle engagée entre DAUMEZON et UEBERSCHLAG dans les annales médico-psychologiques des années 54.

Après sa visite de l'hôpital du Lannemezan, Daumezon avait fait paraître un article intitulé : "le médecin ne peut punir".

Il avait été choqué de trouver dans cet hôpital une salle de police "chambre d'isolement dépourvue d'ameublement, au plancher en partie garni de paille, où sont conduits pour un temps, à titre de sanction, les hospitalisés qui se sont rendus coupables d'infractions graves aux règles de vie de l'hôpital" (16).

Il rappelle le règlement médical de 1857 dont l'article 106 spécifie :

"Il est expressément interdit au surveillant ou à la surveillante chef, ainsi qu'aux infirmiers et infirmières d'infliger aux malades quelque punition que ce soit". "L'objection écrasante à ces pratiques réside dans le fait qu'une punition implique une condamnation morale, que la condamnation morale d'un malade mental, même léger, introduit, dans une personnalité où l'équilibre des pulsions est constamment menacé, un facteur chargé de potentialités du même ordre que les facteurs déterminants du déséquilibre".

"Ce ne sont pas seulement les mélancoliques, ce sont tous les malades et au premier chef les déséquilibrés, les plus enclins aux attitudes agressives, dont la perception de la vie sociale se fait constamment sur le mode 'coupable' 'non-coupable'... et nous savons tous que la guérison n'est obtenue que si nous parvenons à liquider de telles attitudes".

"L'attitude punitive peut obtenir des succès symptomatiques... c'est-à-dire des phénomènes d'inhibition aggravant l'angoisse, qui s'exprime par des manifestations plus dérivées, le plus souvent auto-agressives, et toujours moins réversibles".

"L'attitude punitive coïncide toujours avec l'adoption de la croyance à l'incurabilité" (16).

Nous envisagerons dans la deuxième partie les réponses qui furent faites à Daumezon et verrons que lui-même précise qu'il ne "faut pas" être aveuglé affectivement par une naïveté antisanctionniste" (16). Nous voudrions d'abord prendre quelques exemples de malades ayant posé des problèmes au niveau de la loi commune.

Les mesures prises à leur égard semblent nous avoir essentiellement démontré que la croyance à l'incurabilité s'accompagnait plus généralement d'attitudes très permissives et qu'au contraire une attitude ferme, ou même punitive pouvait témoigner d'un optimisme thérapeutique.

B. EXEMPLES DE MALADES AYANT POSE PROBLEME AU NIVEAU DE LA LOI COMMUNE

PREMIER CAS

Monsieur P. R.

Hospitalisé à 16 ans, sorti à 32 ans.

Troisième d'une famille de cinq enfants, il mène une enfance sans grand problème jusqu'à l'âge de treize-quatorze ans.

Son père, ouvrier, souvent "excité" par la boisson, entretient un climat de tension à la maison. Les discordes conjugales sont fréquentes.

La mère semble avoir une préférence pour ce troisième fils et le protège lors des ivresses classiques de son mari.

Les premiers ennuis commencent à l'école, car il porte peu d'intérêt aux cours de ses maîtres ; il préfère les "petits arrangements" de la récréation, en particulier les échanges qui lui sont de quelque profit. Au cours d'une dispute, il blesse un camarade à l'oeil et il est renvoyé de l'école (il n'a pas passé le C.E.P.). Il va travailler avec sa mère dans les champs et apprécie de sortir en groupe avec les "copains". Au cours d'une de ces balades, certains membres du groupe provoquent un incendie mais il est le seul accusé car il est resté sur les lieux (essayant d'éteindre le feu).

Il est quelque temps après placé dans un foyer éducatif où il reste quelques mois. Il entre donc en juillet 1958 et on lit dans le dossier : "débile mental venant du foyer éducatif picard, sans aucun renseignement concernant les circonstances ayant nécessité le placement dans cet établissement et les troubles du comportement ayant justifié son internement". "D'après le malade, il aurait été placé au foyer picard en raison des mauvais traitements de son père qui lui fermait la porte le soir pour qu'il ne puisse pas rentrer et qu'il ne puisse

pas manger". "Renseignements complémentaires indispensables". Il semble que ces renseignements souhaités ne sont jamais parvenus. Monsieur P. commence ainsi une longue carrière asilaire marquée dès le départ par les quelques phrases du certificat d'entrée : "présente une débilité mentale profonde. Stigmates dysmorphiques. Notion de vols et d'impulsivités avec troubles du caractère. A maintenir."

Il n'existe aucune trace d'examen psychologique, aucun test de niveau. Monsieur P. sait lire, écrire et compter. On ne retrouve la seconde observation psychiatrique que deux ans plus tard : "très grande impulsivité, se bat facilement avec les malades et les infirmiers". Un E.E.G. pratiqué porte comme unique conclusion : "immaturité légère".

Un cycle sans cesse répété "faute-punition" s'installe et il est sans cesse "muté" d'un pavillon à un autre. On lui reproche des vols, des comportements homosexuels, des "évasions" ; il est condamné à des séjours dans les pavillons de "gâteux" puis à Sarreguemines. Il revient au bout de quelques mois et le médecin, Chef de Service de sureté, écrit : "Monsieur P. ne pose aucun problème de comportement, il travaille régulièrement à l'ergothérapie, peut-être pourrait-il être transféré à nouveau dans un pavillon fermé de votre service ? En tous cas, je ne vois pas très bien ce que nous pourrions faire de plus ici".

Il est évident que jusqu'alors cette histoire semble confirmer que "l'attitude punitive coïncide toujours avec une croyance à l'incurabilité" (16) ; pourtant lors de sa mutation dans le pavillon du quatrième secteur, il bénéficie d'un statut très différent. Il peut aller et venir à son gré, il n'a que de faibles doses de tranquillisants et ses sorties en ville sont fréquentes. Il devient délégué des malades et défend âprement les intérêts de tous, proposant des aménagements du pavillon et prenant en charge une partie importante des tâches ménagères qui n'étaient auparavant confiées qu'aux infirmières.

On découvre donc une personnalité bien différente de celle décrite dans le dossier... et on ne peut que se flatter des effets favorables de la libéralisation. On va même jusqu'à parler de sortie. Pourtant, on ne peut crier au miracle car certains aspects de son comportement nous montrent que l'on risque d'organiser une installation définitive à l'hôpital. Il profite de sa facilité de circulation pour devenir l'intermédiaire dans de petites affaires entre les malades. Il ramène des boissons alcoolisées du centre commercial voisin et prend une forte commission sur les courses. Il ne veut pas connaître l'origine de l'argent qu'on lui remet (surtout de l'argent volé); il devient même proxénète. Ses activités extérieures le font de plus en plus rare au pavillon et il oublie souvent les réunions. Avec les autres malades, il est autoritaire, rigide. Ses rapports sont très mauvais avec le surveillant qu'il critique ouvertement et violemment.

C'est au cours d'une réunion interéquipe qu'on s'inquiète de l'importance de ces adaptations secondaires qui semblent exclure toute chance de sortie. On décide alors d'être plus ferme avec lui, de lui signifier des limites à son comportement. Puis, on le met en demeure de trouver rapidement du travail car il cherche depuis des mois sans succès car sans réel effort. Nous prenons contact avec la direction d'un foyer de jeunes qui accepte de le prendre en charge. Il sort donc presque de force, au bout de quinze-seize ans d'hospitalisation.

Actuellement il travaille comme manutentionnaire et aucun incident n'a marqué son séjour à l'extérieur. Nous avons tous l'impression, en le faisant sortir dans des conditions aussi précaires, qu'il reviendrait rapidement et nous nous proposons d'établir pour lui un plan de réadaptation. Nous n'eûmes pas l'occasion de le faire puisqu'il se chargea lui-même de son reclassement socio-professionnel.

REMARQUES

1. Il y a dans cette observation une multitude d'éléments fortuits car autant il est possible d'apprécier le rôle du soignant dans le sens de la

réadaptation, autant il est difficile de comprendre ce qui a permis au malade de passer du statut de débile profond caractériel à celui de délégué, puis de caïd du pavillon. Alors qu'on aurait désiré le voir s'améliorer grâce aux institutions officielles (réunions, ergothérapie...), on s'apercevait qu'il excellait surtout dans les activités non officielles (en se nommant chez des activités ménagères, en contrôlant les réseaux économiques, en s'établissant proxénète). Il a pu trouver ainsi l'assurance qui lui manquait et ceci dans un domaine où il n'avait pas à craindre la concurrence du soignant.

2. Pour réaliser cela, il a certainement bénéficié du courant de changement du pavillon.

Nous pouvons citer une phrase de DESSUANT à propos des communautés thérapeutiques : "Nous sommes convaincus, à travers cette expérience, que ce qui est thérapeutique n'est pas tant la réunion communautaire, ni la communauté thérapeutique en soi, mais l'action entreprise pour tendre à réaliser quelque chose. En somme, c'est la dynamique de l'action et non le but ultime aussi intéressant soit-il qui représente l'élément institutionnel de la thérapie" (18).

3. La règle qu'a du rappeler le soignant était :

Le but qui est à atteindre n'est pas la meilleure adaptation possible à l'hôpital, mais une suffisante autonomie qui permette une réadaptation extérieure satisfaisante.

Pour sortir, il eut à vaincre une certaine peur et son premier réflexe fut de présenter un symptôme fonctionnel. Il s'est en effet plaint de vertiges mais dont l'origine n'a fait l'objet d'aucun contre-sens pour l'équipe soignante. Elle a pu le rassurer facilement à ce niveau et l'empêcher de se réfugier dans une forme de régression.

4. Un autre élément dont il faut tenir compte est le caractère un peu exemplaire et démonstratif de la prise de position soignante à l'égard de ce malade.

Un des buts et non des moindres était de soulager l'institution d'un problème difficile qui la mettait en péril. Ce malade venait trop témoigner de la démission de l'équipe. Maintenant qu'il est sorti depuis quelques mois, personne ne vient se glorifier de ce succès car l'intentionnalité soignante s'est manifestée un peu tard.

5. Si on considère ce cas comme accidentel ? On peut se demander si une institution mieux contrôlée comme elle tend à le redevenir, n'aurait pas condamné ce malade à rester le débile profond caractériel que l'on connaissait depuis 16 ans ?

Nous pensons que cette supposition pessimiste ne se justifie qu'en partie et qu'une équipe ouverte mais attentive serait parvenue à des résultats positifs mais peut-être dans des délais beaucoup plus longs.

6. Ceci pose en dernier lieu le problème de l'évaluation de départ concernant un sujet nouveau dans le pavillon.

Le pronostic ne doit pas sonner comme un verdict indiscutable et impossible à réviser. Bien au contraire, une vie institutionnelle suffisamment souple peut permettre des réévaluations tardives. Cette souplesse sous entend une grande disponibilité infirmière et médicale jointe à une vigilance constante.

Par ailleurs, le regard neuf et la connaissance ancienne d'un malade doivent pouvoir se compléter plutôt que s'exclure. Chacun détient sa part de vérité qui peut permettre une évaluation réaliste.

4. Un autre élément dont il faut tenir compte est le caract.

un peu exemplaire et démonstratif de la prise de position soignante à l'égard de ce malade.

Un des buts et non des moindres était de laisser à la disposition d'un professeur difficile qui se mettait en colère. Ce malade venait trop souvent de la démission de l'équipe. Maintenant qu'il est sorti depuis deux ou trois mois, personne ne vient se glorifier de ce succès et l'insuccès est manifeste un peu tard.

et on se demande ce que ça veut dire ? On ne peut pas dire que le malade est resté le même. Il a été profondément caractérisé que l'on ne peut pas dire qu'il est resté le même. Il a été profondément caractérisé que l'on ne peut pas dire qu'il est resté le même. Il a été profondément caractérisé que l'on ne peut pas dire qu'il est resté le même.

Il y a une grande différence entre la situation de la personne et la situation de la personne. Il y a une grande différence entre la situation de la personne et la situation de la personne. Il y a une grande différence entre la situation de la personne et la situation de la personne.

5. Ceci pose en dernier lieu le problème de l'évaluation de

débat concernant un sujet nouveau dans le pavillon.

Il est impossible à réviser. Bien au contraire, on le jette dans le feu et on le jette dans le feu. Il est impossible à réviser. Bien au contraire, on le jette dans le feu et on le jette dans le feu. Il est impossible à réviser. Bien au contraire, on le jette dans le feu et on le jette dans le feu.

Il est impossible à réviser. Bien au contraire, on le jette dans le feu et on le jette dans le feu. Il est impossible à réviser. Bien au contraire, on le jette dans le feu et on le jette dans le feu. Il est impossible à réviser. Bien au contraire, on le jette dans le feu et on le jette dans le feu.

DEUXIEME CAS

Monsieur V. JC.

Entré en 1966 à l'âge de 23 ans. Il vient d'un hospice où il est placé depuis six mois. Son exclusion est due à des ivresses fréquentes.

Enfant de l'assistance publique, il est élevé par une mère nourricière. Sa scolarité est difficile et il ne parvient pas à obtenir son C.E. P. Il est opéré à 17 ans d'une cardiopathie congénitale puis placé dans un hospice. Il est d'ailleurs envoyé dans d'autres établissements et passe de l'un à l'autre à cause de divers troubles du comportement. Il n'existe aucun autre renseignement concernant son enfance.

Sa première hospitalisation est jalonnée de crises d'agitation souvent clastiques, d'ivresses, de manifestations agressives diverses... il boit, il casse, il menace et il est vite considéré comme le perturbateur numéro un du service. Il sort au bout d'un an et se maintient ainsi quatre ans dans un nouvel hospice.

La première "réintégration" est aussi en rapport avec son agressivité, ses colères et ses ivresses. Il reste deux mois à l'hôpital puis est envoyé dans un autre hospice. Il revient deux mois après pour des raisons strictement identiques. Il sort de nouveau six mois plus tard avec un traitement anticomitial. Dans l'établissement où il est placé, ses incartades sont sévèrement punies mais il récidive toujours et on retrouve la même exaspération des soignants. On lui découvre une tuberculose pulmonaire qui nécessite une longue hospitalisation en hôpital général puis en sanatorium. Et, c'est fin 1972, qu'il entre pour la quatrième fois dans un service psychiatrique (pour les mêmes motifs que précédemment).

En octobre 1973, il est "muté" dans le quatrième secteur.

Il semble apprécier l'ambiance du pavillon ; il accepte de prendre la responsabilité des tâches ménagères mais garde une distance prudente vis-à-vis des réunions. Il reproche aux infirmiers leur inutilité. A chaque fois qu'il rentre dans le pavillon, il profère une série d'injures et paraît manifestement satisfait de l'effet qu'il produit sur les autres malades. Puis il revient de plus en plus ivre de ses permissions et provoque à chaque fois un véritable vacarme. Son agressivité paraît s'accroître en même temps que son mépris pour le personnel.

Nous le rencontrons alors au cours d'entretiens individuels pendant lesquels il se montre contrit et repentant ; il établit un contrat de "bonne conduite" qu'il oublie dès le lendemain. Il est alors de moins en moins bien toléré par l'ensemble de ceux qui vivent ou travaillent au pavillon ; au cours des réunions, des mesures sont réclamées contre lui. Les permissions sont supprimées pour une quinzaine de jours, puis pour plus longtemps. La situation nous semble à tous désespérée, il est classé parmi les "irresponsables". Le lendemain d'un retour de permission en état d'ivresse, il quitte l'hôpital pour quelques jours puis revient agressif, provoquant et fier de son nouvel exploit.

Cependant, l'ensemble de l'équipe avait décidé de changer radicalement d'attitude à son égard. Pour sortir de ce conflit sans issue, il fallait le rendre entièrement responsable de ses actes et le rendre demandeur. A son retour, on lui dit donc clairement qu'il avait choisi l'aventure et qu'il était libre de rester dehors s'il le désirait. Par contre, s'il voulait qu'on l'admette de nouveau, il devait aller chercher un certificat médical d'hospitalisation. Cette fermeté alliée à une possibilité de choix inaugura pour lui une nouvelle manière d'être. Pour la première fois, il était devenu maître de son avenir même si en réalité l'autonomie était irréalisable. Il choisit donc de rester et nous pria lui-même de trouver un hospice qui lui convienne. Il sortit donc le 6 mai 1974 en bons rapports avec l'ensemble de l'équipe et sans traitement (il n'avait jamais été comitial).

Actuellement, il est toujours dans le même établissement et vient d'envoyer récemment une lettre à une infirmière. Il écrit sa satisfaction et adresse son meilleur souvenir en particulier aux soignants avec lesquels il s'est montré le plus agressif.

REMARQUES

1. Les questions posées par cette observation concernent essentiellement le respect du rôle soignant.

Ce malade, par son comportement et ses injures a souvent profondément atteint la dignité de l'infirmier. Sans vouloir poser le problème de la tolérance de ce dernier, on peut s'interroger sur les conséquences au niveau même du malade. Il s'est d'abord maintenu dans une relation sado-masochiste, marquée par des cycles gratifications-punitions mais l'institution libéralisée ne lui a pas permis de s'en dégager et il s'est là aussi continuellement efforcé de reproduire la même chose.

L'élément déterminant ayant abouti au faible résultat décrit a été l'instauration d'une relation de respect mutuel : respect du malade certes, mais aussi respect du soignant, conscient de son rôle, pleinement responsable et possible image de référence.

2. Un autre élément à souligner est l'aspect un peu providentiel des circonstances qui ont amené les infirmiers à modifier leur attitude à l'égard de ce malade ainsi que l'évidence avec laquelle on a reproduit les situations mêmes qui étaient décriées dans les critiques de l'ordre ancien !

TROISIEME CAS

Monsieur R. M.

Né en Grande Kabylie en 1948.

Arrivé en France en 1967 pour travailler. Aucun renseignement concernant son enfance.

Solitaire, vivant dans les cafés, travaillant de façon irrégulière et changeant souvent d'emploi. A été hospitalisé quelques mois dans un hôpital psychiatrique de la région parisienne puis est arrivé à Amiens où il fait une tentative d'autolyse. Le C. H. U. nous l'adresse alors pour son comportement bizarre et l'interne pose la question : schizophrène ou drogué ? après quelques jours, s'installe un état de stupeur important ; il prend une attitude foetale, refuse les aliments et devient mutique.

Cet état dure plusieurs semaines et lorsque nous faisons sa connaissance en octobre 1973, il se plaint encore de manifestations sensorielles étranges au niveau de la vue. En janvier 1974, son état s'est considérablement amélioré mais ses activités sont réduites. Il ne participe que de très loin aux réunions de pavillon. Il parle de sortir, mais attend passivement qu'on organise les moyens de sa réinsertion socio-professionnelle. Il passe toute la journée en compagnie de quelques copains ou bien dans un café voisin de l'hôpital. Il refuse de participer aux activités communes et répond agressivement à la moindre suggestion. Le médecin-chef, directeur du foyer de post-cure, accepte de le prendre, à condition qu'il se réentraîne à l'effort et qu'on le place dans le pavillon libre, plus proche des conditions de vie du foyer. Mais Monsieur R. ne veut ni travailler à l'ergothérapie, ni quitter le pavillon. Il s'est installé dans une opposition passive et défend son "farniente". Comment sortir de cette impasse alors que toute discussion avec lui conduit à un échec. Toute l'équipe est consciente qu'il est maintenant apte à reprendre une vie active et qu'il faut l'aider à sortir de sa léthargie non plus catatonique mais institutionnelle.

Le 14 mai, il ne rentre pas à l'issue de sa permission et passe plusieurs jours à l'extérieur. Il doit, pour rentrer, se faire faire un certificat médical d'admission et l'équipe n'accepte de le reprendre que s'il consent aux diverses mesures de préparation de sa sortie.

Les progrès réalisés en un mois sont alors spectaculaires : il soigne sa présentation, travaille régulièrement dans un atelier et peut à la fin du mois être admis au foyer de post-cure.

REMARQUES

Nous ne pouvons présumer des difficultés qu'il ne manquera pas de poser dans sa nouvelle institution ; mais il nous est possible de réfléchir dès maintenant aux conséquences de la non contrainte systématique dans un pavillon qui se veut libéral. Est-il possible de ne rien désirer d'autre pour un malade qu'une relative adaptation à l'asile ? Pourquoi faut-il attendre que Monsieur R. se situe au-delà des limites permises pour pouvoir lui proposer une certaine volonté soignante ? Quel rôle a joué pour ce malade le contact avec la réalité extérieure ?

Là aussi on a du attendre un évènement providentiel pour modifier l'attitude de l'équipe et la reconsidération de son rôle par Monsieur R. Il a du fuir du pavillon pendant quelques jours pour comprendre l'importance de sa désinsertion socio-professionnelle et apprécier les mesures qui lui étaient proposées. Ces mesures ne sont plus apparues comme des contraintes inutiles mais comme des étapes nécessaires pour sa réadaptation dans le type de société actuelle. L'équipe libérale peut aboutir comme l'équipe de gardiennage à une forme de démission dont le retentissement est quasi direct sur l'avenir des malades. Une certaine fermeté s'est avérée utile dans le cas cité, mais elle n'a été possible que par une modification des rapports de force. Pour établir ce contrat de réadaptation, les soignants ont du faire accepter leurs conditions.

C'est, nous semble t-il, parce qu'ils ont assumé leur décision, en acceptant un certain risque, que la situation a pu évoluer favorablement. Pourtant, cette fermeté aurait été dénigrée quelques mois plus tôt, en référence à l'idéologie "libérale".

QUATRIEME CAS

Monsieur C. H.

Né en 1939.

Légère prématurité ; troisième et dernier enfant, il est élevé par ses parents.

Le père est ouvrier d'usine tandis que la mère n'a pas de profession. Le niveau mental de toute la famille est très faible. La scolarité d'H. est désastreuse et intermittente. Puis, il travaille quelques mois en ferme et à 17 ans est hospitalisé pour la première fois. A la suite de difficultés avec son patron, il menace de se pendre et son agressivité est très importante à l'égard de sa mère.

Au bout de quelques mois, il est placé dans un foyer éducatif. Il est victime en 1957 d'un traumatisme crânien assez grave mais les séquelles neurologiques sont minimales.

Il réintègre l'hôpital psychiatrique en 1958 pour des troubles du caractère. A partir de cette année de nombreux essais de sortie sont tentés. Il travaille quelques mois à l'extérieur puis revient généralement en placement d'office. Il est accusé de vol et d'ivresses pathologiques. Les séjours à l'intérieur sont de plus en plus longs et il désespère les soignants par son inamendabilité. En 1963, il passe un mois à la maison d'arrêt.

Dans son dossier, les mêmes observations sont faites d'année en année : "un litre de vin a été trouvé sous son matelas", "nerveux, agité, travaille à la dépense où il boit de la bière en quantité", "tentative de vol au cours d'une permission", "a pris quatre comprimés de Mélinax et se trouve en état d'ébriété", "vole l'électrophone de la chapelle ainsi que les images pieuses", "tendances actives homosexuelles".

Lorsque nous faisons sa connaissance en octobre 1973, il vient de passer quelques mois à l'extérieur ; son père est mort depuis quelques années et sa mère sans ressources personnelles, vit avec un "Polonais". Il est rentré avant la fin de son congé d'essai car les ressources familiales sont trop faibles pour nourrir tout le monde. Il reproduit alors les mêmes situations qu'auparavant. Toujours en position de fautif, il semble appeler une attitude punitive. Pendant quelque temps, l'équipe essaie de ne jamais réprimer son comportement, mais de discuter avec lui. Surpris un peu par cette nouvelle façon d'être avec lui, il promet de se montrer digne de confiance mais oublie toute promesse dès le lendemain. Les plaintes du Directeur nous obligent alors à modifier notre attitude à son égard. On doit adopter un système de punitions, comportant essentiellement une interdiction de sortie du pavillon. Cette mesure entraîne d'autres : la fermeture de la porte d'entrée. Mais il continue à l'intérieur même à se situer en dehors de la loi : il va boire l'alcool à brûler, dérobe des médicaments, subtilise l'argent d'autres malades. A l'issue de la punition, il reprend exactement les mêmes habitudes qu'avant et rien ne semble pouvoir modifier son comportement.

Rejeté à l'extérieur, insupportable à l'intérieur, symbole de l'échec des soignants qui l'ont connu, il vient pointer notre impuissance. Il a déçu tous les espoirs, usé toutes les bonnes volontés et son cas reste une interrogation : régime autoritaire ou permissif se sont trouvés devant la même impossibilité de répondre.

L'équipe, bien que marquée par ce sentiment de découragement à son égard, se laisse parfois gagner par un mouvement d'indulgence. C'est donc la pitié qui amène quelques infirmiers à lui accorder une permission malgré l'avis défavorable de l'ensemble des malades qui réclament des punitions sévères (à cause de son comportement récent).

Quelques heures après sa sortie du pavillon, Monsieur C. H. subtilise un cyclomoteur et les policiers qui l'ont surpris sur le fait téléphonent à l'hôpital pour s'enquérir de la conduite à tenir. Le chef de service répond

qu'il s'agit d'un malade et qu'il ne peut faire l'objet de poursuites judiciaires. Monsieur C. est donc relâché immédiatement et se rend tranquillement chez sa mère, puisque sa permission est établie pour quelques jours. A l'hôpital, on s'étonne de ne pas le voir revenir, alors que personne ne s'est réellement inquiété de sa réintégration à l'issue de cette nouvelle transgression de la loi. Lorsque la surveillante chef va le rechercher chez lui le lendemain, Monsieur C. a l'impression qu'on le ramène arbitrairement. Actuellement, il est consigné pour trois mois mais proteste en faisant valoir le "bon travail" qu'il accomplit dans le pavillon.

REMARQUES

1. Ce que l'on peut retenir de cet exemple, c'est surtout la multitude d'essais dont a pu bénéficier ce malade.

Pourquoi a-t-il été l'objet de tant d'attentions alors que le pronostic était des plus sombres. On a oublié avec lui les expériences antérieures, pour recommencer toujours à zéro. Il a donc entraîné toutes les équipes dans son irrémédiable répétition.

Il nous semble que dans le cadre du pavillon libéral, H. restait celui que l'on pouvait gratifier, conseiller, réprimander doucement ; en un mot, on pouvait lui donner quelque chose au moment même où les autres malades dans leur effort d'autonomie rejetaient la tutelle infirmière.

2. L'absence totale d'évaluation de départ a amené les soignants à établir des contrats impossibles à tenir pour le malade du fait même de sa problématique.

L'ignorance voulue du diagnostic psychiatrique classique spécifiant : psychopathe débile, a conduit à une certaine forme de cécité. La bonne volonté ne peut être érigée en principe thérapeutique car elle renvoie souvent à un désir de réparation qui peut être involontairement destructeur.

3. Cet investissement d'énergie, soldé par un échec déprime inutilement l'équipe de soins. On aurait pu faire l'économie de ces regrets en modérant les espoirs démesurés. Le pavillon libéral n'apporte pas de solution aux cas désespérés.

CINQUIEME CAS

Monsieur H. M.

Né près d'Alger en 1918.

Il ne connaît pas son père qui meurt quelques mois après la naissance de son fils. Il vit avec sa mère et une soeur aînée qui décède quelques années plus tard.

La fréquentation scolaire est très précaire et il doit travailler tôt pour aider sa mère à subvenir à leurs besoins.

Il est marié à 18 ans avec une femme choisie par sa famille mais il se sépare avant même d'accomplir son service militaire. Il est marié à son retour avec une autre femme, choisie par sa mère, mais il y a mésentente conjugale d'emblée et Monsieur H. expulse sa seconde épouse et continue à vivre dans la demeure familiale.

Il est opéré d'un ulcère gastrique et l'hospitalisation à Alger s'est déroulée dans de bonnes conditions.

En 1949, il se rend en France car il ne supporte plus la tutelle maternelle. Il travaille dans les restaurants comme plongeur et abuse régulièrement de boissons alcoolisées. Il souffre alors de crises douloureuses abdominales qui nécessitent des séjours hospitaliers répétés. Chacun de ses séjours est marqué par des difficultés avec les infirmières et il est régulièrement adressé à l'hôpital psychiatrique pour comportement agressif. Il revient ensuite lui-même quelquefois en état d'ébriété ou parfois pour des épisodes délirants. Il est enfin placé dans divers hospices mais les ivresses le ramènent périodiquement à l'hôpital. Dans le pavillon, il se montre très rigide et intolérant envers les autres malades.

En octobre 1973, il était revenu depuis quelques mois seulement de l'hôpital de Sarreguemines (il y avait été placé à la suite de coups et blessures infligés à un malade). D'emblée, il supporte mal l'atmosphère libérale du pavillon et garde la nostalgie des "chefs de quartiers rigides et autoritaires". Il ne participe que très peu aux réunions mais "ne pose pas de problème". Cependant, au bout de quelques mois, son comportement se modifie :

- Il sort fréquemment en ville sans prévenir les infirmiers et rentre généralement ivre,

- Ses ivresses sont marquées par une euphorie un peu lubrique et les gestes déplacés sont mal tolérés par les infirmières,

- Il sort facilement son couteau à la moindre réflexion de son entourage et surtout frappe violemment toute personne qui viendrait le gêner.

Ses victimes sont souvent des vieillards confus qui viennent s'asseoir à sa place. Il devient donc rapidement la terreur du pavillon. Il refuse tout entretien prolongé et proteste contre le manque de discipline du pavillon. Son attitude amena l'équipe, sous couvert de l'autorité du médecin-chef, à adopter des mesures dissuasives s'exprimant ainsi : "un coup de poing équivalait à un mois sans permission".

Monsieur H. accepta d'abord difficilement d'être un des seuls dont le comportement était sévèrement puni, mais par la suite, alors que nous étions persuadés qu'il allait nécessairement continuer, son attitude rigide s'est assouplie et sa dangerosité était oubliée.

REMARQUES

1. Ce malade a posé à l'institution le problème de dangerosité.

Le phénomène avait été oublié dans le courant de libéralisme des premiers mois. Monsieur H. a donc rappelé brutalement la fonction de protection et de gardiennage des soignants.

Toute mesure d'exclusion étant impossible, dans ce cas, la fonction de répression devait être assurée, même dans un pavillon qui se voulait libéral.

2. Actuellement, ce malade, de nouveau calme, présente des symptômes somatiques et psychiques divers : asthénie physique, anorexie, amaigrissement ; il fait l'objet d'examens complémentaires et de soins physiques.

Peut-on comprendre sa critique du manque de discipline, comme une demande de régression qui n'avait pas été entendue dans un régime qui essayait de favoriser l'autonomie de chacun ?

Il est remarquable que l'attitude de Monsieur H. devenait dangereuse uniquement pendant l'absence des infirmiers. C'est moins une loi dure qu'il réclamait que la présence attentive des soignants.

SIXIEME CAS

Monsieur M. G.

Malade qui est adressé pour une cure de désintoxication. Il fait une entrée assez tapageuse dans le service car il refuse d'être mêlé aux autres malades et veut aller d'emblée au pavillon libre. Il invoque son passé d'ancien légionnaire et compte ainsi imposer le respect et la considération d'autrui. Il rappelle volontiers qu'il a été élevé dans une bonne famille mais que ses parents étaient très autoritaires et qu'ils lui ont inculqué une morale très rigide.

Il s'est engagé volontairement à 19 ans et a fait 20 ans de carrière militaire, dont la plus grande partie dans la légion. Il en parle comme sa vraie famille et ne tarit pas de souvenirs glorieux. Il a bu alors "comme tout légionnaire", mais ce n'est qu'au moment de la retraite que les difficultés sont survenues. Son mariage est un échec car son épouse ne veut pas le suivre ; il la quitte et vit seul dans la région lyonnaise. Il est alors très isolé, désinséré socialement et dépense la quasi totalité de sa pension dans les cafés ; les fins de mois sont difficiles. Il essaie alors de se rapprocher de sa famille et retourne chez sa mère qui vit dans un petit village de la Somme. Il est rapidement exclu à cause de ses ivresses répétées et c'est dans ces circonstances qu'il se fait hospitaliser.

Il est finalement admis dans le pavillon libre. On s'aperçoit assez rapidement que la rigidité extrême qu'il affiche représente une façade pseudo-paranoïaque qui masque une importante dégradation. Dans le pavillon il est extrêmement actif et finit par se sentir indispensable. Chacun a l'impression qu'il va s'installer définitivement. On l'incite alors à préciser ses projets d'avenir. Il décide donc de rester dans la région et cherche travail et logement. Mais, il revient ivre à deux reprises et dans un état d'excitation difficilement contrôlable en milieu ouvert. Il refuse d'être "muté" dans un

autre pavillon et quitte le service à son profond regret.

Il revient quelques semaines plus tard, agressif, logorrhéique mais accepte cependant son hospitalisation dans le pavillon où il ne voulait primitivement pas rester. Il participe à des groupes de buveurs dans lesquels il prône la volonté, la discipline. Il entre après une dizaine de jours au foyer de post-cure duquel il est rapidement renvoyé à la suite d'une ivresse. Il fait un essai infructueux dans une maison de retraite et revient donc pour la troisième fois. Il reste alors deux mois et participe activement aux différentes réunions et activités du pavillon. Il tient à se démarquer nettement des autres malades et jouit d'un statut d'auxiliaire des infirmiers. Il est de ceux qui réclament une loi très dure et qui critiquent vigoureusement le "climat libéral" du service. Il sort donc très confiant dans ses possibilités mais échoue dans les deux emplois qui lui sont successivement proposés.

Il revient donc une quatrième fois, amaigri, mal rasé, un peu honteux. Il a erré de café en café pendant une semaine et se trouve complètement démuné, sans argent, sans logement. Mais cet aspect dépressif a disparu dès le lendemain et il reprend vite un ton agressif et méprisant pour les autres malades.

Au cours d'une réunion de pavillon, il exige plus de fermeté et propose une suppression de permission d'un mois à toute personne rentrant en état d'ivresse. Sa proposition est votée par la majorité et donc inscrite dans les règles. Or, il est le premier surpris et indigné de se voir renvoyé au nouveau règlement lorsqu'il rentre lui-même en état d'ivresse à l'issue d'une permission. Il s'agit pour lui d'une loi pour les autres mais qui ne peut le concerner. L'équipe lui propose donc de revoir en profondeur le caractère pathologique de son comportement et d'accepter la règle commune. Mais il a préféré sortir contre avis médical car une remise en cause personnelle lui est impossible. Il ne supporte pas que l'on détruise son statut différencié.

REMARQUES

1. Cet exemple illustre d'abord comment un malade, à l'expression verbale facile, peut faire voter une loi très dure dans un pavillon, tout en sauvegardant la "bonne conscience libérale" des soignants. L'infirmier doit donc avoir un rôle actif et direct dans l'institution de nouvelles règles.

2. Par ailleurs, le rapport du malade à la loi est très instructif et doit être soigneusement analysé.

Il nous semble que dans ce cas la loi a pu jouer comme mécanisme de défense contre la psychose. Il y avait un désir de régler la folie pour s'en protéger. Mais, il s'agit là d'un problème complexe et trop vaste qui dépasse notre propos.

Nous voudrions en conclusion de cette première partie, prendre un peu de recul par rapport à cette expérience et poser certaines questions restées en suspens.

1. Au moment où nous rédigeons ces lignes, nous avons quitté le pavillon depuis plusieurs mois. Il nous est donc difficile d'apprécier efficacement son évolution depuis. Que reste-t-il de tout cela ? : des souvenirs certes, quelques désillusions pour les infirmiers et pour nous un sujet de thèse. Nous regrettons vivement que ce travail ne soit pas écrit collectivement.

Nous avons, certes, essayé de dégager quelques principes généraux, mais dans quelle mesure une équipe peut-elle en bénéficier ?

Il semble que le groupe a besoin d'une certaine utopie de départ et qu'une évaluation trop réaliste de ses possibilités ne serait pas forcément un facteur de progrès. Elle risquerait de gêner ou même de bloquer toute expérience nouvelle.

Après cet exposé, les limites d'une entreprise de libéralisation peuvent paraître évidentes. Pourtant, il semble nécessaire de traverser plusieurs stades de maturation dont on ne peut faire l'économie.

Pour reprendre une comparaison proposée par le Professeur DELAHOUSSE, se référant à Mélanie KLEIN, disons qu'une nouvelle équipe passerait d'abord par une phase fusionnelle où tout paraît possible (phase schizoparanoïde ?) puis par une phase dépressive, faite de découragement et de sentiment d'impuissance totale.

Enfin, le possible ici et maintenant, donc la reconnaissance de nos capacités et de nos limites et qui évoque l'accession à quelque chose de l'ordre de la castration serait plus problématique.

L'équipe semble s'enfermer dans un cycle sans fin ne comprenant que les deux premières phases. La troisième semble exiger un processus de maturation individuelle et chaque membre de l'équipe y accède en ordre dispersé : le plus savant n'étant pas forcément en tête.

2. Nous n'avons pas évoqué le rôle joué par les étudiants hospitaliers ou par les stagiaires infirmiers qui ont travaillé quelques mois dans le pavillon.

Là aussi, il est difficile d'apprécier leur apport. Mais il semble qu'on puisse dire qu'une institution bénéficie souvent du passage dans ses murs de personnes qui ont un regard neuf. Ils suscitent de nouvelles activités, apportent des critiques et en tout cas permettent de dynamiser des structures toujours menacées par la chronicité. Il peut bien sûr persister quelques regrets après leur départ, des deuils difficiles, des conséquences de certaines imprudences au niveau relationnel ; mais rappelons que c'est dans le changement que naît "l'élément institutionnel de la thérapie".

Même l'intervention de l'interne est inscrite dans un certain mouvement, limité dans le temps mais qui fera place à d'autres interventions, inscrites dans d'autres mouvements eux aussi limités (les points de repères fixes existant au niveau du médecin chef et de ses surveillants).

3. Les objectifs généraux du départ de cette expérience pourraient se résumer en quelques mots : "donner de la liberté". Ce qui, exprimé ainsi souligne une double illusion, située au niveau de chacun des termes "donner" et "liberté" (curieusement rassemblés).

Ceci recouvre aussi le désir "d'être bon" de quelque manière ; ce qui est loin de constituer un principe thérapeutique infaillible.

Et Anna SEGAL se plait à répéter :

"Je me méfie des institutions trop bonnes"

Peut-être faut-il entendre par là et conclure que l'institution se doit d'être "analytiquement" neutre et rester à l'abri de certains mirages.

DEUXIEME PARTIE

REFLEXIONS THEORIQUES ET PRATIQUES

CHAPITRE I

QUELQUES REFERENCES DU MOUVEMENT DE LIBERALISATION DES STRUCTURES DE SOINS EN PSYCHIATRIE

Depuis quelques années un vaste courant d'opinions secoue les valeurs morales autrefois, sinon respectées, du moins dignes de respect.

Chaque infirmier sait maintenant qu'il n'est plus "séant" de se montrer rigide et autoritaire avec les enfants. Les nouvelles expériences pédagogiques ne manquent pas d'atteindre chaque parent et d'influer ainsi son rôle de soignant.

Citons Alexandre S NEILL, Aïda VASQUEZ et Fernand OURY qui ont décrit des institutions scolaires fondamentalement renouvelées.

"L'immobilité, l'ordre et le silence ne sont pour nous ni des buts, ni des valeurs absolues : notre point de vue diffère de celui du gardien" (72).

L'institution éclatée de Bonneuil sur Marne repose "les problèmes de l'autorité tels qu'ils se sont posés au dix-neuvième siècle aux enseignants et aux médecins" (46).

Les notions de participation, d'autonomie, de responsabilité circulent et pénètrent parfois dans le monde clos du vieil asile ; même dans ce lieu, le vieux couple autorité-soumission est ébranlé.

Il y a plus d'un siècle, de grands aliénistes avaient déjà oeuvré dans ce sens : libérer les malades de leurs chaînes fut à l'époque de Pinel et de Tuke une étape essentielle. Mais l'idée princeps restait la notion d'assistance. On estimait qu'il fallait d'abord protéger les malades contre eux-mêmes parce qu'ils "étaient peu curables et encore moins conscients".

Vers 1860, alors qu'en Angleterre "O'Connolly préconisait et pratiquait le "no restraint".../... en France on faisait encore l'éloge de la camisole de force" (50). On se souvenait des méthodes prônées par LEURET quelques décades auparavant. Ce médecin recommandait en effet "l'emploi de la menace et même de la force et de la douleur pour faire céder les délires".

"Seuls quelques psychiatres et principalement MAGNAN ont réalisé pour des raisons cliniques et humaines la suppression des moyens de contention..." (50).

Il faut attendre la fin de la dernière guerre pour que la conception de la maladie mentale se modifie. Les explications organo-génétiques font un peu de place à la psychogénèse et la sociogénèse.

On utilise les notions de "conflits" en mettant rapidement l'accent sur l'importance d'un climat de liberté pour leur résolution.

Les différents mouvements psychiatriques contemporains sont tous porteurs de ce message.

Cependant, on retrouve toutes les nuances entre les critiques de "l'ordre asilaire" ancien et les communautés thérapeutiques, entre les expériences d'antipsychiatrie et le mouvement de psychothérapie institutionnelle.

A. CRITIQUES DE L'ORDRE ASILAIRE

- C'est à travers l'étude approfondie de GOFFMAN dans son livre "asiles" que l'on trouve la description critique de l'institution totalitaire : "lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées" (29).

Il s'agit donc de milieux où toute forme d'autonomie est bannie et où un ensemble de mesures uniformes va dans le sens d'une dépersonnalisation de chaque individu.

Il décrit ainsi la stratégie de l'adaptation aux institutions qui comprend : le repli sur soi, l'intransigeance, l'installation, la conversion et souvent un mélange des styles précédents. Aussi peut-on penser que certains signes d'abord attribués à la maladie mentale sont créés quasi expérimentalement par la réclusion.

- Russel BARTON a choisi le terme de névrose institutionnelle pour qualifier cette seconde maladie créée par l'hôpital. Il préconise un certain nombre de mesures pour modifier les attitudes de chacun.

"La névrose institutionnelle est une maladie caractérisée par l'apathie, le manque d'initiatives, une perte d'intérêt plus accentuée pour les choses et les événements non immédiatement personnels ou présents, la soumission docile et parfois l'absence de ressentiment exprimé envers des ordres rigoureux et injustes" (6).

Il dénonce l'autoritarisme du personnel médical et infirmier :

"J'ai l'impression que l'attitude autoritaire est la règle plutôt que l'exception... elle se traduit par bien des manières : tel l'emploi d'un ton impératif sur les écriteaux."

"Les ordres sont souvent donnés d'un ton dictatorial", "le chef d'unité de soins et les infirmiers ont tendance à décréter quels vêtements, quels souliers et quels tabliers doivent porter les malades, quand et comment ils doivent se coiffer, où ils doivent s'asseoir à table, dans quel lit ils doivent dormir la nuit, quels biens personnels ils peuvent avoir à l'hôpital, de combien d'argent de poche et de distraction ils peuvent disposer, si et quand ils peuvent quitter le pavillon".

"Si on les interroge, les infirmiers répliquent souvent pour justifier leurs décisions :

Ce malade est trop détérioré pour savoir, ou ce malade est trop troublé pour savoir ce qu'il veut".

"Au lieu d'encourager l'indépendance et de stimuler l'initiative avec le plus grand soin, l'infirmier détache le malade de sa propre existence en faisant tout et en prenant toutes les décisions à sa place" (6).

C'est un des mérites des communautés thérapeutiques d'avoir tiré la leçon de ces critiques.

B. LES COMMUNAUTES THERAPEUTIQUES

Les promoteurs des communautés thérapeutiques en Grande-Bretagne définissent certains de leurs principes communs en les opposant à ceux de l'hôpital traditionnel. Ils dénoncent les structures autoritaires.

- L'étude de Bleandonu résume parfaitement l'objectif communautaire dans sa critique de l'autorité.

"Historiquement, cette autorité fut créée pour contrôler les expressions socialement inacceptables de la maladie mentale. Le fonctionnement satisfaisant des quartiers dépendait de la soumission des malades à cette autorité. Parmi les divers moyens employés par ceux qui étaient incapables de

se soumettre à cette vie institutionnelle, les plus courants furent les moyens de contrainte physique, la fermeture des portes, les sédatifs puissants et la perte d'avantages. Bien que l'on insiste maintenant davantage sur la thérapeutique que sur la surveillance, peu de changements sont intervenus dans l'autoritaire système hospitalier appliquant le traitement".

"Ainsi les manifestations émotives considérées comme mauvaises sont souvent soumises au contrôle respectif qu'exerce l'autorité en la personne du médecin ou de l'infirmier. Ce contrôle est renforcé plus ou moins consciemment par la peur : peur du traitement, peur du pavillon fermé ou du pavillon d'agités, peur de se dévaloriser aux yeux du personnel... Les relations personnelles, aussi bien parmi le personnel qu'entre le personnel et malades sont basées sur l'autorité et la soumission... La discipline reste plus importante que la compréhension et la réaction du malade à l'environnement s'interprète plus en termes de capacité de coopération qu'en ceux de relations interpersonnelles ou de frustrations par l'environnement" (9).

Et parmi les options fondamentales de la communauté, on trouve la libération de la communication et l'assouplissement de la pyramide hiérarchique.

- Rapoport dans la 'communauté thérapeutique' relate l'expérience de Maxwell JONES au Belmont - hospital dans la banlieue sud de Londres.

Cette communauté reçoit essentiellement des malades ayant des antécédents sociaux de conflits et d'instabilité et la visée essentielle est la réadaptation sociale. Parmi les thèmes princeps de l'idéologie du service, on retrouve la démocratisation et la permissivité. Il suffit de citer un certain nombre de "slogans" : "tous les membres de la communauté doivent participer sur un pied d'égalité à la prise des décisions relatives à la communauté, sur le plan tant thérapeutique qu'administratif".

"Le personnel du service pense que les malades sont hostiles aux figures investies d'autorité, parce qu'ils ont eu dans l'enfance de mauvaises relations avec des figures parentales. Dans la mesure où ils transfèrent leurs sentiments sur les personnes qui assument des rôles d'autorité (ou qui agissent de façon dictatoriale), ils adoptent des attitudes qui vont à l'encontre de la thérapie".

"La permissivité se rapporte à la conviction selon laquelle tous les membres du service doivent accepter chez les autres tout comportement qui pourrait être inquiétant ou déviant d'après les critères normaux. Dans l'idéal, cela doit permettre à certains de manifester librement leurs difficultés de comportement et aux autres de réagir tout aussi librement afin d'analyser les deux aspects des schémas de relations sociales".

"On estime que la permissivité facilite l'expression par le comportement aussi bien que par la parole de sentiments normalement inhibés à partir desquels on peut dégager des problèmes intéressants".

"Le personnel du service a le sentiment que le système hospitalier doit être réorganisé, qu'il faut cesser d'insister sur des notions telles que le règlement, le rangement, l'ordre et offrir des occasions d'appliquer les principes thérapeutiques" (58).

Cependant, nous aurons l'occasion d'envisager plus loin les limites imposées par le fonctionnement de cette institution.

- Dans l'oeuvre du Docteur MARTIN à l'hôpital de Claybury, on retrouve la même critique de l'hôpital traditionnel.

"Il n'y a pas de doute que le fait d'être plongés dans ce système rigide d'autorité affecte grandement les réactions des infirmiers envers les comportements perturbateurs et socialement inacceptables si courants chez les malades mentaux, entraînant une attitude moralisante et répressive".

"Pour beaucoup d'infirmiers, le pavillon disciplinaire, la cellule, la sédation massive ou la suppression de certains avantages représentent les seuls moyens rationnels de réagir à un comportement perturbé et ils se sentent complètement désemparés si le médecin ne les approuve pas dans tel cas donné".

"L'ancien système réduit trop la liberté d'action et d'expression des infirmiers, il étouffe l'initiative et alimente trop aisément le mécontentement et le ressentiment".

"Il est clair à présent qu'une grande partie de la symptomatologie de la maladie mentale, particulièrement les troubles du comportement et le repliement autistique, étaient dus en fait aux méthodes de répression".

"Un aspect important du traitement, le plus important peut-être, doit être de ménager dans nos hôpitaux une atmosphère dans laquelle le malade se sente libre de s'exprimer et, du même coup, d'apprendre comment entretenir des relations satisfaisantes avec les autres" (47).

Le Docteur Martin rapporte lui-même que le type d'approche institué dans l'unité communautaire est souvent décrit comme libéral (il ajoute cependant certaines réserves que nous aborderons dans le chapitre suivant).

C. DE L'INSTITUTION EN NEGATION A L'ANTIPSYCHIATRIE

- L'expérience de l'hôpital de Gorizia en Italie relatée dans l'institution en négation sous la direction de F. BASAGLIA va encore plus loin dans la mise en oeuvre de méthodes libérales. On y établit un maximum de libertés, on y ouvre tous les services et les médecins eux-mêmes doivent se soumettre aux discussions de groupe.

Une critique sévère s'applique à la société en général. Basaglia déclare dans l'introduction du rapport :

"Nous avons eu pour point de départ la réalité de l'asile d'aliénés qui est tragique parce qu'oppressive. Il n'était pas possible que des centaines d'hommes vivent dans des conditions inhumaines du seul fait qu'ils étaient malades, comme il n'était pas possible pour nous en qualité de psychiatres, d'être les artisans et les complices d'une telle situation. Le malade mental est avant tout "malade" parce qu'il est exclu, abandonné de tous, parce qu'il est une personne sans droits, à l'encontre de laquelle tout est permis.../... sur le plan pratique nous nions que la déshumanisation du malade soit le résultat ultime de la maladie et imputons le niveau de désagrégation à la violence même de l'asile, de l'institut, dont les mortifications, les prévarications et les impositions nous renvoient d'autre part à la violence, aux prévarications et aux mortifications sur lesquelles est fondé notre système social" (7).

- Cette conception rejoint celle du mouvement d'antipsychiatrie d'origine anglo-américaine.

Pour les antipsychiatres, la psychiatrie classique représente l'ultrarépression.

On peut lire dans le rapport d'activité de la Philadelphia association :

"Nos études nous ont conduits à penser que, dans de nombreux cas, ce qui est en cause, ce n'est pas la maladie d'une seule personne mais que c'est un processus social" (3).

Donc, en réaction à ce processus :

"A Kingsley Hall, chacun peut discuter les actions de n'importe quelle autre personne".

"Bien qu'il n'y ait ni Staff, ni malades, ni rites institutionnels, aucun résident ne donne à un autre des tranquillisants ou des sédatifs. Des comportements sont possibles là, qui sont intolérables dans la plupart des autres lieux. Chacun se lève ou reste au lit à son gré, mange ce qu'il veut, quand il veut, reste seul ou avec d'autres et, en général, établit ses propres règles" (3).

Bien sûr, aux yeux des antipsychiatres, introduire des méthodes libérales à l'asile, constitue certainement une hypocrisie de plus et on ne peut se recommander de ce courant d'idées pour justifier cette nouvelle façon d'être à l'intérieur de l'hôpital.

Cependant, même si les psychiatres "libéraux" ne peuvent se réclamer de Cooper, Laing ou Esterson, on reconnaît dans leurs préoccupations certains thèmes développés par les auteurs anglo-saxons.

En France, les petits livres pamphlétaires de GENTIS portent les mêmes interrogations.

Madame Maud MANNONI dans "le psychiatre, son fou et la psychanalyse" dénonce l'ambiguïté "soins-punitions" et introduit ainsi une importante réserve au mouvement de psychothérapie institutionnelle.

D. LE MOUVEMENT DE PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

Sous son impulsion, une transformation décisive de la réalité hospitalière a été possible : en particulier dans le sens d'une libéralisation des structures.

"L'origine du courant de pensée qui a abouti aux formulations actuelles de la psychothérapie institutionnelle peut être située, un peu arbitrairement à la période précédant la libération en France. On pourrait certes remonter plus loin, après la guerre de 1914, avec le développement, dans différents hôpitaux psychiatriques de Westphalie, de la thérapeutique active

d'Herman Simon ou, plus loin encore, en Angleterre avec les méthodes du "no restraint", de "l'open door"...

... mais l'entreprise systématique de révolution psychiatrique sur le plan théorique et pratique n'a vraiment été amorcée qu'à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, en Lozère..." (32).

Des médecins comme DAUMEZON ou TOSQUELLES, BALVET ou BONNAFE, soutenus par un militantisme religieux ou politique se sont attaqués à l'"ici et maintenant" de leurs institutions et les mesures libérales qu'ils ont préconisées ont considérablement influencé tous les hôpitaux psychiatriques français.

Sur le plan théorique, on trouve une définition d'OURY dans un article de l'encyclopédie médico-chirurgicale :

La psychothérapie institutionnelle, c'est :

"Ce qui permet la création de champs transférentiels multifocaux" (53).

Il s'agit donc de centrer l'essentiel de l'effort sur la transformation des relations de l'intérieur de l'institution.

Il cite à ce propos quelques principes qui sont considérés comme des conditions nécessaires minimum :

1. La liberté de circulation,
2. Des lieux structurés concrets : ateliers, services (cuisines, etc...),
3. Des contrats facilement révisables d'entrée et de sortie,
4. Un accueil permanent disposant de grilles symboliques et de médiations.

Ceci sous-entend une référence constante à la psychanalyse et suppose bien sûr un assouplissement considérable des structures hospitalières.

La hiérarchie constitue une des questions fondamentales et OURY indique les relations des structures hiérarchiques traditionnelles avec le Surmoi.

"Ces relations entraînent un appauvrissement du contact, de l'initiative, de l'émergence de la parole, autrement dit de toute possibilité d'entretenir un champ transférentiel efficace, sans compter les artefacts et les conflits résultant des dimensions sérielles qu'un tel échafaudage entretient" (53).

Cette revue sommaire est forcément incomplète, elle oublie certains grands noms de la psychiatrie, certaines expériences décisives. Elle vise surtout à citer quelques auteurs qui ont valorisé la notion de libéralisation, ces mêmes auteurs que nous pourrions maintenant interroger sur la place de la loi dans leurs institutions démocratiques.

CHAPITRE II

"LOIS ET INSTITUTION PSYCHIATRIQUE"

A. REFERENCE AMBIGUE A LA PSYCHANALYSE

On fait souvent référence à la psychanalyse aussi bien dans le sens de la libéralisation que pour rappeler la nécessité de conserver certaines lois dans l'institution.

Les concepts analytiques sont donc utilisés de façon très différente.

RACAMIER dans "le psychanalyste sans divan" mentionne trois types de conceptions :

- Les "puristes" qui choisissent leurs malades selon des indications précises et se refusent d'utiliser leur technique dans d'autres conditions.
- Les adeptes du mouvement de psychothérapie institutionnelle qui élargissent au maximum le champ analytique.
- Et le psychanalyste qui, tout en gardant sa spécificité, essaie de s'insérer harmonieusement dans l'institution.

Dans cette dernière optique, il dénonce certaines prises de position libérale qui se réclament de la psychanalyse :

"De ci, de là, on entend dire qu'il ne faudrait surtout introduire aucune règle dans les organismes de soins ; le principe de non contrainte vient prendre force d'idéologie acharnée. Il arrive même qu'au secours de cette idéologie soient évoqués de vagues principes psychanalytiques. Mais, c'est ignorer que l'institution n'est pas un lieu de psychanalyse et ignorer de surcroît que la technique psychanalytique est précisément basée sur l'instauration de certaines règles, en particulier pratiques.

Ceux d'ailleurs qui prétendent bannir toute règle fonctionnelle du jeu institutionnel ne tardent pas à voir réapparaître sous le manteau, des règles occultes et latentes qui sont cent fois plus contraignantes que celles qu'ils avaient interdites et de surcroît parfaitement inutilisables" (57).

On retrouve l'excès inverse, chez certains "Lacaniens" qui importent "la loi du père" dans leurs institutions et voudraient justifier ainsi certaines pratiques rigides. Citons à ce sujet la mise en garde de GUATTARI :

"... il y a une tendance à simplifier abusivement les positions de LACAN. En particulier avec ce schéma d'une entrée de l'enfant dans l'ordre symbolique qui serait identique à son entrée dans l'ordre de la loi. Lacan a toujours distingué le père et la mère réels pris dans des situations réelles et ce qui se passe au niveau symbolique. Il a d'ailleurs abondamment précisé que l'oedipe était à entendre comme un mythe recréé par FREUD et non comme quelque chose qui serait à prendre au pied de la lettre comme on a tendance quelquefois à le faire dans les institutions où l'on pense que tel ou tel incarne réellement un des personnages de la triade oedipienne. On tombe alors dans le jeu du rôle psycho-sociologique et l'on se fait l'agent purement et simplement de l'ordre social au nom d'une loi symbolique. Au nom de la castration, on exerce la répression, au nom du père, on refonde un ordre d'aliénation sociale". (31).

Ce qui est directement utilisé dans les collectivités d'enfants, est aussi repérable dans les institutions d'adultes "infantilisés", comme l'hôpital psychiatrique. Le concept de loi y est aussi difficile à utiliser.

Si on se souvient que "l'expérience et la doctrine freudienne nous enseignent que seule la loi de l'interdiction de l'inceste, en tant qu'elle fonctionne dans l'inconscient comme une loi de castration, détermine l'accès au désir génital ou à l'objet". On peut dire avec SAFOUAN que la loi ne s'oppose pas au désir, mais que "le désir est la loi" ; et reprendre la conclusion de son ouvrage :

"La structure que la psychanalyse découvre, est une coupure que seule la loi garde contre (et de) la tentation qui porte l'homme à retrouver en vain sa première fermeture" (63).

Cette loi protège donc l'homme de la psychose et fonde le "sujet désirant".

Hélas, ce concept fondamental ne peut être situé et utilisé sans contresens dans l'institution. Puisque dans ce lieu "l'instance tierce" nécessaire n'existe pas ; il n'y a pas de relation de sujet à sujet, mais de soignant à soigné (que ce dernier soit médecin ou infirmier, il s'insère dans une chaîne de gens qui occupent la même place).

La relation soignante s'articule autour des notions d'assistance, de présence, de surveillance et donc de dépendance. Elle évoque bien évidemment la dyade mère-enfant soumise à l'arbitraire de la mère.

Seul un lieu, ou plutôt un "hors-lieu" où chacun pourrait parler et agir en tant que sujet, aurait la possibilité d'utiliser ce concept de loi. Un essai dans ce sens a pu être tenté par la création de "structures horizontales", en particulier de clubs dont l'organisation est le fait de l'ensemble des membres et non d'un chef tout puissant. Là, peuvent s'instaurer de véritables échanges, débarrassés du poids de l'assujettissement.

Mais, même si la loi n'a aucune signification profonde dans le pavillon, il est important qu'existent des lois pour nuancer l'arbitraire de la "structure soignante".

Ceci correspond au premier type de politique institutionnelle définie par GUATTARI,

"qui consiste à se fixer pour rôle le dégagement d'une loi extrinsèque, loi de compatibilité relative avec l'ordre social".

L'autre type de politique "considère la loi comme étant intrinsèque à la personne et au désir ; plus on désire, plus on rencontre la loi. Elle est passée au coeur de l'intentionnalité désirante".

Mais, cette loi "créative du désir" est "indisciplinée, sans respect pour la cohérence institutionnelle" (31).

Elle a peu à voir avec la première.

Compte tenu de ces réserves, nous situerons notre propos à un niveau plus pragmatique et chercherons nos références chez des auteurs utilisant peu ou pas les concepts analytiques.

Nous n'oublions pas ainsi certaines remarques incisives de Robert CASTEL :

"De même que société libérale et institution totalitaire, en paraissant s'opposer terme à terme travaillaient en couple, de même l'incompatibilité hautement proclamée par le discours analytique entre sa vocation et des fonctions normalisatrices ne suffit pas à garantir qu'il ne procure pas les ressources les plus subtiles pour accomplir ces fonctions" (12).

En omettant quelquefois le point de vue analytique, nous nous interrogerons dans ce chapitre sur le rôle ou la place de la loi au niveau des soignés et des soignants ; avant de rappeler les lois de fonctionnement imposées par les structures et les conditions socio-économiques du moment.

B. PLACE DE LA LOI AU NIVEAU DES SOIGNES

Elle se situe au niveau individuel, puisqu'elle a quelque chose à voir avec la restitution de limites et surtout la réadaptation à la vie active.

Au niveau de la collectivité, il est essentiel de rendre la vie tolérable et profitable à tous. Il faut éviter le phénomène de double contrainte, connaître et contrôler la dangerosité quand elle existe.

1. Restitution de "limites"

Il convient d'analyser la situation du malade par rapport à la loi et de repérer l'effet apaisant d'un règlement sur certaines anxiétés.

a) Situation du malade par rapport à la loi

"Le rapport à la loi doit être posé de quelque manière et analysé les avatars de ce rapport" (17).

La connaissance du malade se trouve très enrichie lorsqu'on saisit sa façon de se situer par rapport à la loi.

TOSQUELLES rappelle

"Pouvoir transgresser, cela implique que le champ soit limité ; il ne peut y avoir d'acting out transgressif si des limites ne sont pas posées. Il n'y a dans ce cas que passage à l'acte" (69).

Ce qui pouvait être senti comme un passage à l'acte incompréhensible devient refus d'une règle et s'inscrit dans un champ symbolique, prélinguistique. RACAMIER y insiste au niveau des adolescents :

"Il faut bien qu'il y ait des limites pour que les adolescents puissent se révolter contre, sinon que vont-ils faire ? Et comment vont-ils pouvoir s'affirmer puisque l'on ne peut s'affirmer qu'en s'opposant" (4).

Cette remarque s'applique également à certains psychotiques. Alors qu'au cours d'une poussée processuelle, ils font preuve d'une méconnaissance totale de tous les règlements, en période de rémission, ils peuvent éprouver le besoin de défier les lois de l'institution : ceci précisément parce qu'ils ne perçoivent les règles qu'en les transgressant ; cela leur permet ainsi de reconnaître et de "tester" leurs limites.

Il s'agit donc d'une défense à respecter, mais qui peut mettre en danger l'unité de soins. L'infirmier est contraint à "l'acting out reponse" (reproches, punitions, exclusions) ou à l'impuissance. Pourtant, la loi paraît justifiée dans ce cas, ne serait-ce que pour permettre sa transgression... Elle a aussi un autre rôle au niveau de l'anxiété.

b) Règlement et anxiété

L'établissement de certaines règles constitue des points de références indispensables pour des malades soumis aux inflations d'angoisse d'anéantissement ou de perte de leurs limites. Il s'agit de lieux d'amarrage, d'instances rassurantes qui soulagent la pression interne.

Sans oublier que :

"L'absence de toute règle affole les malades mentaux tout autant que l'imposition de règles arbitraires les révolte et les stupéfie" (RACAMIER) (57).

2. Réadaptation à la vie active

Les exemples choisis dans la première partie montrent essentiellement l'intérêt d'une attitude souple, tolérante et attentive des soignants ; mais

seulement dans un premier temps. Cela permet la libre expression des troubles.

Il faut prolonger cette action par une attitude qui va dans le sens de la réadaptation.

On retrouve ce même souci dans les communautés thérapeutiques. A l'hôpital Henderson, la distinction est faite entre le traitement et la réadaptation.

"Les raisons pour lesquelles le personnel du service a adopté une approche permissive sont, dans l'ensemble les mêmes que celle des psychanalystes, avec certains prolongements, liées à la situation hospitalière et aux caractéristiques spéciales des malades traités...

On pense que les malades qui mettent en acte leurs troubles comme les enfants ont besoin d'une plus grande latitude que n'en offre le cabinet de consultation privé à l'hôpital conventionnel...

... Lorsque la permissivité est ainsi justifiée, il semble qu'on relègue la réadaptation quelque peu à l'arrière plan. Le malade n'a guère de chance de rencontrer à nouveau des personnes qui, délibérément et de façon souple, s'efforcent de le "comprendre" au lieu de réagir par les sanctions classiques. L'adaptation à cette situation doit être transitoire et le malade doit y renoncer s'il veut se réadapter correctement" (58).

Il est évident que chaque fois que l'on se place au niveau de la réadaptation, il faut aider le malade à adopter une attitude responsable. Une certaine fermeté peut alors avoir des effets favorables.

3. Rendre la vie tolérable et profitable à tous dans une collectivité

a) Expérience du Docteur UEBERSCHLAG au Lannemezan

Reprenons ici la polémique développée dans les annales

médico-psychologiques de 1954-1955. Le Docteur UEBERSCHLAG répond de façon réaliste aux critiques du Docteur DAUMEZON (cf 1ère partie)

"Lorsque nous sommes arrivés à Lannemezan, nous y avons trouvé une jungle où le plus fort et le plus pervers faisait la loi, une loi atroce dont l'extorsion et les règlements de compte étaient les sanctions quotidiennes"

"En même temps que le personnel rassuré abandonnait spontanément ses réactions d'auto-défense, nous nous sentions autorisés à intervenir avec la plus extrême rigueur contre ceux qui prétendaient sévir en dehors de l'ordre établi, lequel affirmait nettement toute sanction est un acte médical... officiel d'aspect et d'intérêt communautaire",

"En assimilant davantage la société hospitalière à la société normale et en éduquant le composant social hospitalier, on réalise le dessein essentiel de la psychiatrie hospitalière qui est de rendre au malade mental le comportement social normal" (70).

Un minimum de loi est nécessaire pour rendre la vie tolérable à tous dans une collectivité.

Daumezon stipule lui-même à cet égard

"Le psychiatre et ses collaborateurs peuvent et doivent manifester à bon escient au malade les limites au delà desquelles son attitude cesse d'être adaptée. Lorsque cette manifestation est perçue par le sujet comme une punition, ils doivent aussitôt lui faire sentir sa véritable signification" (16).

En effet, il ne saurait être question d'établir une néojustice aveugle, sans discrimination et d'infliger des sanctions à des gens qui méritent des "circonstances atténuantes".

Punir un malade violent au cours d'un état confusonoirique, d'une bouffée délirante ou d'une ivresse pathologique serait absurde ; tandis que faire entendre à un psychotique stabilisé que certains actes sont défendus est une façon de le préparer à la sortie.

b) Conséquences de l'abolition des sanctions

Au niveau théorique, il est aisé de condamner toute attitude punitive, mais au niveau pratique, des difficultés surgissent.

Il nous semble que le Docteur BONNAFE a clairement posé le problème dans un article du numéro 4 de la revue de psychothérapie institutionnelle :

"arguments sur les sanctions"

"Je pose en principe que les intentions non punitives sont une des caractéristiques les plus évidentes du mouvement contemporain de psychiatrie institutionnelle... quelles sanctions ou conséquences entraînent tel acte, telle situation, accomplis dans un milieu qui se veut non punitif ?"

"On se demande beaucoup quel taux d'autonomie, d'indépendance ou de liberté peut tolérer tel malade, tel groupe soigné ; on se réfère aux inflations d'angoisse et d'agressivité constatés (notamment chez l'enfant) lorsque à l'abri d'une intention non sanctionniste trop peu élaborée, trop naïve, on a pu laisser un encadrement se trouver en état de carence, on a réfléchi sur les chocs en retour, en direction punitive, que ces expériences encore immatures avaient pu entraîner ?" (11).

Il s'interroge sur le problème de la "convivance" qui intéresse au premier chef l'infirmier et sur les attitudes expurgées des caractéristiques punitives grossières mais qui n'en font pas moins problème. Peut-on prétendre abolir les sanctions, sans s'intéresser aux conséquences ultimes au niveau des soignés ? En effet, si le médecin se dégage des problèmes

de "convivance" dans un pavillon en laissant aux infirmiers le soin de s'en occuper, les infirmiers risquent aussi de faire glisser le problème au niveau des malades.

Ce faisant, le médecin encourage l'établissement de malades justiciers, souvent sadiques et qui imposent un régime de terreur envers les "déviant", tout en préservant la bonne conscience des soignants. On peut aboutir ainsi, tout en prônant des attitudes non sanctionnistes à un système beaucoup plus rigide et redoutable que l'ancien.

En dehors du danger que l'on fait encourir à certains malades, on les prive de toute possibilité de compréhension de leur comportement.

On retrouve une mise en garde identique chez Russel BARTON (La névrose institutionnelle).

"Ceux qui n'en ont pas fait l'expérience n'imaginent guère le chaos, le malaise et les tyrannies mesquines qui se développent lorsqu'un bon gouvernement est remplacé par un libéralisme trompeur" (6).

c) "La discipline naturelle est une illusion née de notre désir"

BALINT abordant le problème de la discipline écrit

"Il n'y a pas de société qui ne soit fondée sur une quelconque discipline. La discipline libre, naturelle est une illusion, née de notre désir. Dans toute société civilisée, la discipline est toujours artificielle et doit être enseignée à l'aide de substituts de réalité" (5).

Dans l'expérience relatée, nous avons effectivement fait une sorte d'invocation à une autodiscipline imaginaire.

Or, nous devions vite nous apercevoir de notre leurre ; nous avons été amenés à réintroduire des "il faut et il ne faut pas".

4. Une certaine idéologie génératrice d'une double contrainte

Pour justifier des règles qui ne s'appuient pas sur une réalité immédiate, on doit se référer à des buts supérieurs. Cela signifie l'établissement d'une certaine idéologie.

Appliquer des ordres ou des principes indiscutables est tâche aisée :

Le sergent chef manipulant ses hommes n'éprouve aucun scrupule ; il est sûr de sa méthode, de son efficacité en fonction de la stricte idéologie militaire. Par contre, lorsque l'on s'interroge sur le bien fondé des principes, des conventions, on trouve souvent le parfait arbitraire et on comprend mal comment la vie sociale a pu se compliquer à ce point. La tentation est grande de refuser cette complexité et de n'accepter que les principes naturels : la protection contre le feu, le froid, l'eau, la faim...

On oublie la structure sociale, le voisin, le patron, la famille, les autres.

On risque de vouloir créer une microsociété que le soignant croit idéale du seul fait qu'il en ignore les contradictions.

Pourtant, le malade reste exclu, sa souffrance continue d'exister et le soignant ne fait qu'inverser son rôle de gardien : au lieu de garder la société contre le malade, il garde le malade contre la société.

Ce qui est partiellement réalisé dans le cadre d'une expérience d'antipsychiatrie devient particulièrement ridicule et hypocrite à l'hôpital psychiatrique. On soumet le malade à une "double contrainte" de par deux attitudes contradictoires mais simultanées.

- d'une part, le soignant essaie de "guérir" son malade, de l'aider à se réadapter à la vie extérieure, donc de lui faire connaître des limites et

- d'autre part, il le plonge dans un milieu sans lois et sans limites où peuvent s'exercer les sentiments de toute puissance ou d'impuissance totale.

Nous ne faisons pas référence à la relation psychothérapique duelle mais à l'ensemble de l'institution. Une de ses premières qualités est justement de bien connaître ses propres limites.

Ce qui se pose en ces termes

"Que peut-on, non pas "faire" pour ce malade ce qui suppose faire à la place de, mais bien quels sont nos moyens pour aider ici et maintenant ce malade ?

Or, il arrive souvent que la réponse à cette question soit "nous ne pouvons rien faire pour l'aider à sortir avec les moyens humains et matériels dont nous disposons actuellement... cependant nous devons l'assister car aucune autre structure ne se chargera de ce rôle".

Si on comprend facilement qu'il faille parfois imposer des limites à quelqu'un dont les espoirs de réadaptation sont importants, comment justifier les restrictions pour les cas désespérés ou jugés tels ?

Les scrupules seront toujours présents.

5. Le problème de la dangerosité

En psychiatrie, celui qui est dangereux à l'extérieur peut aussi l'être à l'intérieur de l'hôpital. Il peut parfois être celui qui est chargé de porter "le message de la dangerosité" dont parle MAJASTRE. Il cite le cas

d'une malade : Nancy, dont le comportement violent est "comme un avertissement que le personnel infirmier adresse aux médecins pour leur signifier d'avoir à modérer leur politique d'émancipation des malades".

"Pour toute période où le corps médical a tendance à forcer l'acceptation des infirmières pour des mesures avec lesquelles elles ne sont pas profondément d'accord, Nancy sera citée pour marquer les limites au-delà desquelles il convient de ne pas aller si l'on ne veut pas courir de danger" (44).

Il faut, bien sûr, faire la part entre danger imaginaire et danger réel.

Il est parfois licite de courir un risque calculé quand il peut assurer une progression vers une forme d'autonomie ; mais le risque est injustifiable quand il correspond à un manque d'évaluation de départ et à un refus d'accepter l'évidence de l'échec.

Pour soutenir un tel rôle, le soignant doit, bien sûr, être en accord avec lui-même ; il doit connaître son propre désir et l'écart qui existe nécessairement avec le rôle qu'il joue dans l'institution où il travaille.

Il doit pouvoir se dégager de la loi psychotique du "tout ou rien" pour assumer le possible dans l'"hic et nunc". Il doit se méfier de l'abîme narcissique que lui suggère le malade qu'il essaie précisément d'aider.

C. PROBLEME DE LA LOI AU NIVEAU DU GROUPE SOIGNANT

1. Conséquences de l'abolition des règles

a) Démission, insécurité

Nous venons de voir qu'avant de parvenir à un certain mode de fonctionnement, il existait une période difficile pendant laquelle certains malades prenaient le rôle de justiciers, particulièrement sévères.

C'est dans ce sens que nous affirmons que

"Rien n'est plus à craindre qu'une démission même momentanée du soignant".

Ce danger a été longuement évoqué par le Docteur MARTIN (aventures en psychiatrie).

"Le type d'approche institué dans l'unité communautaire est souvent décrit comme "libéral". Ce mot est ouvert à beaucoup d'incompréhension et constitue une source d'anxiété, aussi bien qu'une arme entre les mains de ceux qui sont opposés à cette méthode. Certains membres du personnel l'interprètent comme voulant dire que les docteurs pensent que les malades doivent faire exactement ce qui leur plaît et ceci pour des infirmiers qui ne se sentent plus protégés par l'abandon du strict système autoritaire, peut servir de prétexte à abandonner toute responsabilité concernant le comportement des malades".

"Il est certainement vrai que dans l'unité communautaire développée, un mode de vie beaucoup plus libéral est autorisé. Mais une liberté totale ne peut être accordée qu'aux expressions verbales de sentiments. On doit encourager les malades à exprimer verbalement n'importe quelle sorte de sentiment aussi librement qu'il leur plaît, mais les infirmiers doivent se sentir assurés que le docteur les soutiendra s'ils se trouvent obligés de prendre des mesures pour contrôler un comportement destructeur quand c'est nécessaire".

"Ceci est néanmoins un problème difficile, car il n'est possible d'appliquer ici aucune règle précise, alors que dans le passé, les infirmiers ont toujours eu des instructions claires et se sentent perdus lorsqu'ils n'en ont plus pour les guider dans leur travail avec les malades" (47).

b) Défense contre la psychose

Comme le rappelle justement le Docteur VERMOREL cité par DESSUANT "Le rapprochement entre les soignants et les malades est parti-

culièrement angoissant et il peut être vécu comme très inquiétant et dangereux. Il ne peut être réalisé que par étapes progressives et prudentes" (18).

En effet, un des paradoxes les plus graves de l'expérience mentionnée dans ce travail, est d'avoir trop facilement confondu libéralisation et traitement.

La libéralisation ne peut être conçue dans la structure asilaire comme une fin en soi.

Elle permet parfois de faire l'économie de l'angoisse d'un rapproché trop grand avec le psychotique ; car le libérer risque aussi de l'éloigner, de le renvoyer à son aliénation propre ("portes ouvertes sur le vide").

L'autre écueil est celui de l'indistinction fusionnelle dénoncée par HOCHMAN dans son livre :

"Pour une psychiatrie communautaire"

". . . Les barrières hiérarchiques ont . . . volé en éclats mais pour permettre de sombrer dans l'univers du mythe. Opprimer le fou ne l'a jamais guéri, mais la folie du personnel soignant n'est pas davantage thérapeutique".

"Cette fusion des soignants et des soignés sous l'étendard de la psychose est parfois précédée par le renversement des rôles . . . les soignants deviennent soignés et réciproquement".

"Mais dans les deux cas, ce qui est éludé, c'est la difficulté de "faire avec", d'assumer la différence, tout en collaborant à un projet commun" (33).

Ce projet n'est-il pas la sortie hors de cette structure asilaire ? (avec l'aide d'une politique de secteur efficace).

On peut citer ici un travail de LINN portant sur les sorties des hôpitaux psychiatriques où il étudie les corrélations significatives avec un certain nombre de facteurs (repris par TISSOT : colloque international de Paris).

"Cet auteur conclue que pour diminuer la durée de séjour, le confort de l'hôpital, sa libéralisation comptent assez peu, que, par contre, les relations compréhensives personnel soignant-malade, la présence de l'équipe médicale et les activités diverses sont fondamentales, ainsi que les relations avec le monde extérieur" (43).

Il y aurait peut-être des critiques à apporter sur l'élaboration de telles données statistiques, mais ce travail a le mérite de poser de façon pragmatique les problèmes d'efficacité d'une unité de soins.

2. Nécessité d'une période d'adaptation et de formation

a) De l'autocratie à la démocratie

Pour que le collectif soignant devienne apte à poser et à répondre à la question "que peut signifier ce comportement que nous observons ?", il faut certainement beaucoup de temps. Il convient de ne pas condamner certaines attitudes jugées répressives avant d'avoir donné le temps au soignant d'accéder à un autre niveau : celui de la compréhension.

Une injection tranquillisante faite à un malade agité est certainement préférable au coup de poing qu'il risquerait de recevoir d'un autre malade ; mais surtout, elle constitue un acte qui engage le soignant et le questionne dans son rôle. En agissant ainsi, il refuse de nier le comportement posant problème, en le laissant supporter par d'autres mais s'efforce d'y répondre lui-même.

C'est l'aspect nécessairement insatisfaisant de cette réponse qui lui permettra d'en chercher une autre ; car elle est insatisfaisante par rapport aux objectifs nouvellement définis.

"susciter une atmosphère d'acceptation et de compréhension des manifestations socialement inacceptables de désordre mental et émotionnel"

"Une telle acceptation compréhensive constitue la base fondamentale de toute psychothérapie réussie et représente à la longue une méthode plus constructive de contrôle et de résolution des conflits que les méthodes répressives fondées sur la peur du gendarme" (42).

Nous pouvons également nous référer aux expériences des sociologues américains, en particulier aux recherches qui ont tenté d'établir les répercussions sur les situations de groupe des styles démocratique, autocratique et laissez-faire de l'autorité.

Les conclusions d'une étude réaliste avec des garçons de onze ans ne sont bien sûr pas directement utilisables en milieu psychiatrique.

Cependant, la comparaison des trois styles d'autorité permet d'éclairer un peu notre propos.

Rappelons que - pour les "autocrates"

toutes les politiques sont déterminées par le responsable ; cette situation évoque le mode de fonctionnement classique de l'équipe infirmière.

"le chef qui transmet et fait exécuter des ordres venus d'ailleurs".

- "pour les démocrates,

toutes les politiques donnent lieu à des discussions et à des décisions de groupe. La personne responsable encourage la discussion et aide le groupe". C'est l'idéal actuel des dirigeants de l'institution.

- pour les laissez faire

"Liberté complète est laissée à toute décision de groupe ou individuelle, sans que la personne responsable intervienne".

On pense naturellement à l'idéologie initiale du pavillon cité.

Les auteurs comparant les effets des trois types d'autorité en particulier sur le "climat" dans le groupe, s'aperçoivent qu'il existe une insatisfaction pour le troisième, une hostilité et une agressivité dans le premier, liées à une plus grande dépendance.

Par contre, le second recueille le maximum d'éloges et la préférence de tous : chacun s'y sent à l'aise et le travail est plus original, mieux accepté, donc mieux respecté.

Il est intéressant de retranscrire une "remarque" qui incite d'établir le parallèle avec l'expérience étudiée :

"Au moment de changer de groupe, ceux qui passèrent de l'autocratie à la démocratie vécurent une réaction de détente qui s'exprima par un certain relâchement de l'effort et de la discipline".

"Ce relâchement accompagne toujours le passage d'un système où les personnes sont dirigées de l'extérieur par des normes très rigides à un autre, plus démocratique, où l'on fait appel à une discipline qui relève du contrôle des individus".

"Qu'on pense aux nombreuses maisons d'éducation où l'on confie la discipline aux élèves. Après quelques mois, la pagaille s'installe et l'on est tenté de conclure que la démocratie est impraticable avec les jeunes. Si l'on donnait le temps aux jeunes de parachever leur éducation sociale avant de sauter aux conclusions, on serait en mesure de porter un jugement sur l'efficacité de la démocratie et non sur les effets de transition d'un régime autocratique à un autre plus libéral" (67).

Cette observation confirme la période délicate d'adaptation d'un système rigide à un système plus souple et en démontre la portée générale.

Ce qui justifie les interrogations et les "mises au point" pendant ces moments difficiles.

b) Quelques exemples de "mises au point"

- Nous avons déjà mentionné celle de UEBERSCHLAG,

- On retrouve chez WOODBURY un mouvement allant dans ce sens

"La quasi abdication du personnel infirmier reflétant sans aucun doute mon attitude m'obligea finalement à adopter une position active d'autorité, qui consista à imposer clairement des limites au comportement des malades et à structurer une philosophie de traitement plus vivable" (75).

- Traitant du problème des malades alcooliques, FARROUCH et Coll. comparent un service de psychiatrie d'hôpital général, un service fermé d'hôpital psychiatrique et un service permissif et libre.

Dans ce dernier, on insiste sur la revalorisation que l'équipe infirmière effectue au niveau de chaque malade. Cette "reconsidération" étant connue comme l'élément thérapeutique déterminant".

Pourtant, "le conflit entre alcooliques et infirmiers (qui avaient le sentiment que le pouvoir leur échappait) s'accrut de telle façon que ces derniers obligèrent les médecins à abandonner leurs positions permissives et à prendre des mesures punitives depuis longtemps demandées".

"Les médecins soutiennent alors officiellement les infirmiers et prirent les mesures que ceux-ci réclamaient : camisole chimique et prise régulière d'Espéral".

"Les infirmiers se sentant rassurés par l'intervention des médecins, demandèrent eux-mêmes à ce que le traitement soit plus léger pour arriver presque à le supprimer".

Il conclut par une phrase pleine de candeur et d'humilité :

"Les mesures tolérantes et permissives adoptées par nous autres médecins, ne sont-elles pas un refuge facile qui nous donne bonne conscience, l'impression de ne pas jouer au flic, de se dérober d'une prise en charge difficile" (21).

c) Trouver un compromis

Le problème est celui du compromis que résumant parfaitement M. et N. HORASSIUS en ces termes :

"Une institution qui se veut thérapeutique se doit de permettre aux conflits intra et interpersonnels de s'exprimer.

Permissivité sans faiblesse, autorité sans rigidité sont les deux qualités fondamentales entre lesquelles elle doit naviguer, avec cependant deux écueils à éviter :

- trop de permissivité peut angoisser les soignants et même les malades qui peuvent la vivre plus comme un abandon qu'un manque de sollicitude,

- trop d'autorité peut certes dans un premier temps rassurer les soignants, mais bloquant l'expression verbale des conflits, privilégie les passages à l'acte et aboutit à l'échec pour les malades et les soignants eux-mêmes.

La distance qui sépare ces deux écueils représente la tolérance d'une institution ; plus elle sera large, plus elle sera efficace, la tolérance dépend de l'hygiène mentale du collectif soignant'' (34).

Cette hygiène procède essentiellement de la qualité de la communication entre les membres de l'équipe. Faut-il insister encore sur l'importance de la réunion de soignants qui oeuvre pour la 'maturation' de chacun des participants.

Seul le groupe fonctionnant avec sympathie, bienveillance, disponibilité et tolérance à tous les points de vue, permet la critique constructive et contribue à la formation de chacun.

Dans ce climat, pourront s'établir des règles, choisies, approuvées et comprises de tous.

3. Conditions d'établissement des règles

Pour établir des règles, il convient de respecter certaines conditions absolues.

RACAMIER précise nettement que toute règle doit être "explicite et intelligible, motivée et fondée sur des motifs réalistes" (58).

Il nous semble impossible d'édifier d'emblée un ensemble de lois rigides, venues d'ailleurs et que chacun devrait respecter sans les comprendre. Les règles de l'institution peuvent être redécouvertes par tous, soignants et soignés.

Elles doivent être discutées, dégagées de leur auréole magique et des peurs ancestrales.

Elles n'ont plus à être des mécanismes de défense obsessionnels contre la psychose, mais bien au contraire "des instruments fonctionnels dont se pourvoit la communauté de soins" (58).

Il ne faut pas laisser s'installer des lois absurdes, injustifiées, ou hésiter à abolir celles qui, autrefois nécessaires, sont maintenant caduques. Rien n'est plus dangereux que le cumul d'interdits ou d'impératifs "pontiformes", souvent contradictoires et qui compliquent inutilement la vie d'une institution.

Pour préserver la vie en communauté, il ne peut être question d'instaurer un système bureaucratique où le malade aurait à faire appel à un juriste pour connaître ses droits et ses devoirs.

Mais, qu'en sera-t-il du respect de ces règles établies démocratiquement ?

C'est RACAMIER qui nous donnera un début de réponse à cette question difficile à résoudre.

"Il n'est pas probable que les règles établies plaisent à tout le monde, il n'est pas obligatoire qu'elles soient scrupuleusement observées par les patients, ceux qui le transgressent devant en tout cas en être informés" (58).

Ce qui paraît essentiel est l'établissement d'un "règlement intérieur" dont l'affichage sera visible de tous. Il constitue une référence à la loi, mais ne prévoit pas de sanctions. La souplesse en ce domaine reste la condition primordiale dans une population aussi hétérogène que celle d'un pavillon d'hôpital psychiatrique. C'est à ce niveau que s'inscrit le rôle de l'"équipe". Toute une série de nuances est possible grâce à une connaissance approfondie du problème de chaque malade et une coordination de réponses soignantes. On

peut se mettre une fois de plus à l'écoute du Docteur MARTIN pour illustrer cela.

"Il est évidemment nécessaire de s'opposer à un malade violent ou à un malade qui a des idées de suicide si l'occasion se présente.

D'un autre côté, il est parfois préférable de permettre à un malade de briser une fenêtre ou quelques assiettes, car intervenir par une contrainte physique peut accroître la tendance destructrice. Seule l'expérience et une connaissance intime des malades, allant de pair avec des discussions libres, peuvent aider les infirmiers dans ces sortes de problèmes" (47).

Nous avons jusqu'alors évoqué la nécessité de règles pour la compréhension, la réadaptation du malade, pour assurer un minimum de sécurité et de confort pour tous.

Ces règles s'appliquent essentiellement aux soignés et il nous faut bien parler de celles qui s'appliquent aux soignants, au collectif soignant.

4. Retentissement des lois intersoignants sur le groupe soigné

Travailler dans un "pavillon libéral" ne signifie pas confusion des rôles et négation des hiérarchies qui subsistent.

"Il existe dans la réalité de l'institution une structure symbolique qu'il faut d'une certaine manière respecter".

"Le malade, comme le soignant, a pour point de départ de sa relation le modèle culturel qui fige les rôles des divers membres de l'institution. Ces règles correspondent plus ou moins à un moment donné au niveau culturel de l'asile".

"Il ne s'agit pas... de se soumettre à ces modèles, mais il faut dégager une loi qui institue les rôles et les échanges".

"Cette loi doit être dynamique et répondre au niveau maturationnel et technique des soignants"

"... Il doit exister une double désaliénation dans la structure thérapeutique : au niveau hiérarchique c'est connaître à la fois sa fonction et sa valeur sans s'y confondre

au niveau du malade, c'est échapper à la réification, à savoir qu'il n'est ni un diagnostic, ni un objet de soins".

"Multiplier les relations thérapeutiques n'est valable que si le sujet malade peut situer le lieu de l'autre à qui il parle. Le malade doit être porté partout à la découverte des lois d'échange du service, des pouvoirs, des interdits" (49).

Les lois mêmes de fonctionnement interne d'une équipe de soins sont fondamentales. Elles conditionnent tous les types de rapports au malade.

Un jeu spéculaire s'établit entre les différents groupes. Sa connaissance est essentielle pour ne forcer l'équilibre économique de personne et pour favoriser les processus d'identification positive.

On peut se référer là aux "réflexions" de M. et N. HORASSIUS. Ils insistent sur

"Les conditions indispensables à la naissance de l'idéal thérapeutique commun d'une institution où chaque membre pourra puiser le bénéfice narcissique dont il a besoin pour contrebalancer le découragement entraîné par les difficultés et agressions diverses qu'un tel système thérapeutique entraîne".

Ils avancent en premier lieu

"La disparition de la hiérarchie traditionnelle verticale et pyramidale, non pour une anarchie communautaire tentante par son égalitarisme

généreux, mais infantile par son oubli des réalités sociales et notamment du problème des responsabilités ; mais une hiérarchie nouvelle, horizontale et même triangulaire, favorisant la communication pleine et directe entre les trois instances constitutives de l'institution : les malades, le personnel soignant et le personnel d'encadrement" (34).

Il convient de se souvenir par ailleurs des lois de fonctionnement imposées de l'extérieur.

D. LOIS DE FONCTIONNEMENT IMPOSEES PAR LES STRUCTURES ET LES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES

"Tout juste peut-on espérer qu'une activité partielle de désaliénation puisse avoir lieu où chacun pourra faire état d'une certaine zone de liberté à l'intérieur des règles fixées par les personnalités statutaires des groupes et le statut de l'hôpital psychiatrique à l'intérieur d'une société donnée" (44).

On ne peut en effet ignorer le type de société présente et nier les pressions exercées par les courants d'opinion, par l'administration ou par les familles.

Par ailleurs, "il est évident que de la personnalité du médecin chef dépendra le destin, libéral ou oppressif" (44) du service. Mais lui-même se plie à certaines règles et limites qui lui sont imposées par d'autres instances.

Ajoutons là une réflexion d'HOCHMAN

"Comparable à l'avant garde du "prolétariat", l'équipe thérapeutique doit rechercher ce qui est possible pour faire évoluer l'institution ici et maintenant en tenant compte de ce qui se passe à l'intérieur du pavillon, mais aussi du contexte plus général dans lequel il s'intègre : l'hôpital et société que cet hôpital représente" (33).

Concluons ce chapitre par les constatations faites par DAUMEZON dans une analyse sociologique de l'hôpital (sociothérapie : revue de médecine)

"Ainsi se dégage le fait que l'hôpital de l'économe n'est pas l'hôpital du directeur qui lui-même est fort différent de ceux de l'infirmier, du cuisinier et du médecin... la pregnance des impératifs administratifs et économiques, leur influence sur la "carrière" du malade se trouvent mises en lumière...

"... le médecin ne peut ignorer comment ces contraintes sociologiques sont intégrées dans l'appareil juridique. Lois, règlements et traditions, armatures idéologiques de l'institution consacrent et camouflent ces situations bien différentes de la façade ordinairement proposée aux regards. Le psychiatre doit ainsi non seulement connaître, mais comprendre l'appareil juridique dans lequel il se meut, en éprouver les résistances et les points vulnérables, plus encore les susceptibilités. Lorsqu'il voudra modifier quelque chose aux structures, il devra en effet respecter les apparences, utiliser les mauvaises fois, éviter de heurter de front les tabous. Non seulement il doit connaître les règles élémentaires de la comptabilité, mais savoir à quels groupes de pression les échelons supérieurs de la hiérarchie sont sensibles et pourquoi" (15).

Comment ne pas rester rêveurs devant l'amplitude et la complexité de la tâche proposée au psychiatre ? On oublie peut-être là qu'il peut être aidé par son équipe soignante déterminée, responsable et sensibilisée aux mêmes types de problèmes. L'évolution de l'institution concerne tous ceux qui y vivent et travaillent. Elle est l'affaire de tous.

CONCLUSIONS

1. Toute nouvelle expérience semble partir d'une certaine utopie de départ. La nécessité de se démarquer du passé peut aboutir à un système manichéen, laissant prévoir des déceptions et des découragements multiples.

2. - L'introduction des "méthodes libérales" se heurte à certaines résistances, présentes chez chaque membre de l'équipe mais exprimées par un bouc émissaire qui "polarise" toute l'agressivité.

- La libéralisation se manifeste par des effets souvent très positifs, en particulier au niveau de l'émergence de la parole, de l'amélioration du contact et des communications interhumaines et d'un climat favorable aux initiatives.

- Certains inconvénients se font sentir au niveau de la tolérance et de la sécurité des soignants "dépassés" par certains comportements ou passages à l'acte inacceptables de leurs malades. Ces derniers réclamant eux-mêmes un minimum de règles.

3. Le problème des limites de l'entreprise de libéralisation doit être posé de façon communautaire

Certaines réunions constituent ainsi des instances de décision et de contrôle visant le rétablissement de certaines règles. C'est aussi le lieu des évaluations de départ et des contrats passés avec certains malades.

4. Le concept de libéralisation est développé de façon inégale mais constante dans les grands mouvements psychiatriques contemporains ; qu'il s'agisse de la critique de l'ordre asilaire ancien ou des communautés thérapeutiques, de l'antipsychiatrie ou de la psychothérapie institutionnelle.

5. Le fonctionnement libéral est essentiel mais l'institution doit connaître ses limites, utiliser certaines règles et ne pas ignorer les lois auxquelles elle est forcément soumise.

- Le malade a besoin d'une loi qu'il peut transgresser ou respecter. Elle constitue un point de repère sécurisant et même structurant. Par ailleurs, une libéralisation excessive est synonyme de condamnation à l'asile. Elle va à l'encontre de la réadaptation socio-professionnelle.

- Dans le groupe soigné, un minimum de règles est nécessaire pour rendre la vie collective tolérable à tous. Car des règles souterraines plus rigides risquent de s'installer.

Le problème de la dangerosité de certains malades reste posé et nécessite quelquefois des mesures de protection.

- Les soignants ne peuvent fonctionner qu'avec un minimum de sécurité physique et morale. Ils risquent en son absence de démissionner plus ou moins franchement.

Le mouvement de libéralisation ne serait qu'une défense supplémentaire contre la psychose pour une équipe insuffisamment préparée. Il sous-entend une disponibilité et une ouverture à l'autre, sans lesquelles libérer le psychotique ne ferait que l'éloigner, le renvoyer à son aliénation propre.

- Un pavillon n'est qu'une partie de l'hôpital et toute entreprise de libéralisation est nécessairement freinée par les structures architecturales (disposition et agencement des locaux), humaines (importance numérique du

personnel soignant, qualité de sa formation), administratives (notations, promotions, blâmes, pressions diverses) et économiques.

- Le contexte politique et social a une place très importante.

On ne peut oublier les lois de 1838 sur les placements, de 1954 sur les alcooliques dangereux (elles impliquent une certaine fonction de gardiennage).

Sont à considérer également le rôle de la famille, de la presse et de la situation du malade mental dans une société industrialisée.

La libéralisation d'une institution reste une option fondamentale mais elle est nécessairement nuancée par certains impératifs de fonctionnement, situés à de multiples niveaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. - AUBIN (M. de MONTMARIN, G. TIXIER et C. FONTVIEILLE)

L'hôpital psychiatrique peut-il être thérapeutique ?

Information psychiatrique Avril 1974 Vol. 50 n° 4 pp 347-366.

2. - AUBRY J. M. - SAINT ARNAUD Y.

Dynamique des groupes

Psychothèque. Editions universitaires 1970.

3. - BAILLON G.

Introduction à l'antipsychiatrie

La Nef n° 42 Janvier-Mai 1971 pp 13-37 citation p 24.

4. - BAILLY S. (LUCAS, MALE, MISES, RACAMIER)

Les troubles de l'adolescence

Bibliothèque de psychiatrie pratique. Editions du scarabée Paris
1972 citation p. 139.

5. - BALINT M.

Le problème de la discipline

Documents de travail du "coq héron" n° 5 spécial consacré à
BALINT PP 3-32 citation p 12.

6. - BARTON R.

La névrose institutionnelle

Bibliothèque de psychiatrie pratique. Editions du Scarabée
Paris 1969 citations p 23-59.

7. - BASAGLIA F.

L'institution en négation

Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia
Combats - Editions du Seuil (Poitiers 1970)

8. - BION W. R.

Recherches sur les petits groupes

Bibliothèque de psychanalyse P U F 1965

9. - BLEANDONU G.

Les communautés thérapeutiques

Bibliothèque de psychiatrie pratique - Editions du Scarabée
Paris 1970 citation p 18.

10. - BONNAFE L. et Coll.

Arguments sur la hiérarchie

Revue de psychothérapie institutionnelle n° 4 pp 117-123

11. - BONNAFE L.

Arguments sur les sanctions

Revue de psychothérapie institutionnelle n° 4 pp 125-127 citations
p 126-127.

12. - CASTEL R.

Le psychanalysme

Textes à l'appui/psychiatrie Maspero (Mayenne 73) citation p 212

13. - CHAIGNEAU, CHANOIT, GARRABE

Les thérapies institutionnelles

Rapport de thérapeutique présenté au congrès de psychiatrie et
de Neurologie de langue française.

69ème session Caen Juillet 1971 (Masson et Cie).

14. - COOPER D.

Psychiatrie et antipsychiatrie

Le Champ freudien Editions du Seuil Paris 1970

15. - DAUMEZON G.

Sociothérapie

Revue du praticien tome 19 n° 9 Mars 1969 pp 1323-1244 citations
p 1238-1241.

16. - DAUMEZON G.

Le médecin ne peut punir

Annales médico-psychologiques Juin 1954 pp 231-236

17. - DEMANGEAT C.

Le Centenaire

Journées d'études de psychothérapie institutionnelle (janvier 1973)

Recherches n° 11 pp 25-38 citation p 33

18. - DESSUANT P.

La communauté thérapeutique

A propos d'une expérience concrète effectuée dans un hôpital
psychiatrique.

Thèse méd. Grenoble 1969 citations p 104, 137, 168.

19. - DUBOST J.

Note sur les mouvements institutionnels

Sens et institution Connexion n° 7 (Epi) pp 5-24 Octobre 1973

20. - ESTERSON - LAING

L'équilibre mental, la folie et la famille

Collections textes à l'appui/psychiatrie Maspero Paris 1971

21. - FARROUCH et Coll. (Merle, Rieu, Chânoit)

La valeur thérapeutique de l'institution hospitalière à propos
d'une catégorie de malades : les alcooliques.

Ann. médico-psychol, tome 2, 132ème année, n° 3 pp 395-419
citation p 417.

22. - FEDIDA P.

La tombe de Maya

La Nef n° 42 (n° spécial antipsychiatrie) janvier février 1971 pp
93-101.

23. - FOUCAULT M.

Histoire de la folie à l'âge classique. Bibliothèque des histoires.

N R F Gallimard 1972.

24. - FOUCAULT M.

Surveiller et punir. Naissance de la prison.

Bibliothèque des histoires.

N R F Gallimard 75.

25. - GENTIS R.

Les schizophrènes

Bibliothèque de psychiatrie classique. Editions du Scarabée. Paris
1969.

26. - GENTIS R.

Les murs de l'asile

Textes à l'appui/psychiatrie Maspero Paris 1970

27. - GENTIS R.

Guérir la vie

Textes à l'appui/psychiatrie Maspero Paris 1971

28. - GENTIS R.

La psychiatrie doit être faite et défaite par tous

Textes à l'appui/psychiatrie Maspero Paris 1973

29. - GOFFMAN E.

Asiles

Editions de minuit 1968

30. - GREEN A.

Antipsychiatrie : une discussion des travaux anglais

Colloque international de Paris (février 1972)

Traitement au long cours des états psychotiques Privat pp 184-190

31. - GUATTARI F.

Sur les lois et l'institution

Journées d'études de psychothérapie institutionnelle, Janvier 1973

Recherches n° 11, pp 65-67, citations p 65-67.

32. - GUATTARI F.

Introduction à la psychothérapie institutionnelle.

Psychanalyse et transversalité pp 39-51 citation p 39

Textes à l'appui/psychiatrie Maspero Paris 1974

33. - HOCHMAN J.

Pour une psychiatrie communautaire

Collection "esprit" éditions du Seuil 1971

Citations p 131-132.

34. - HORASSIUS (M. et N.)

Réflexions sur six années de psychothérapie institutionnelle
Inform. psychiat. Nov 1974 n° 9 pp 903-913.
Citations p 906-907-910.

35. - KOECHLIN (Ph et E.)

Corridor de sécurité
Textes à l'appui/psychiatrie Maspero Paris 1974
Citation p 24-25.

36. - LAING Ronald D.

Le Moi divisé
Editions Stock 1969

37. - LAING R D

La politique de l'expérience
Editions Stock 1969

38. - LAING R D

La politique de la famille
Ed. Stock 1972

39. - LAING R D

Soi et les autres
N R F Gallimard 1971

40. - LAPLANCHE et PONTALIS

Vocabulaire de psychanalyse
P U F 1971

41. - LAXENAIRE

Le pouvoir à l'hôpital
Ann. médico-psychol. Mai 1974, tome 1, n° 5 pp 577-592

42. - LEVY A.

Paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique
Epi 1969

43. - LINN

State hospital environnement and state of patient discharge
Arch, gen psychiat 1970, 23, pp 346-351

Cité par René TISSOT dans son article (p 58)

(thérapeutique au long cours des psychoses).

Colloque international de Paris 1972

Traitement au long cours des états psychotiques (Privat)

44. - MAJASTRE J. O.

L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique
public.

Textes à l'appui/Psychiatrie Maspero 1972

Citations p 133-200-201.

45. - MANNONI M.

Le psychiatre, son fou et la psychanalyse

Le champ freudien. Seuil 1970

46. - MANNONI M.

Education impossible

Le champ freudien. Seuil 1973

citation p 16

47. - MARTIN D. V.

Aventure en psychiatrie

Evolution sociologique d'un hôpital psychiatrique

CEMEA Ed du Scarabée 1969 citations p 19, 20, 21, 51, 56, 57, 72.

48. - MICHAUD

Discussion au colloque international de Paris (février 1972)
L'expérience antipsychiatrique (résumé de C. CHILAND)
traitement au long cours des états psychotiques (Privat) pp 191 -
197 citation p 195.

49. - MILLON TREMEAUX

Hiérarchie et thérapeutique
Revue de psychothérapie institutionnelle n° 4 pp 137-143
citation p 140-141.

50. - NACHIN Cl. GUILLET N.

De la contrainte en psychiatrie
Le journal de médecine de Lyon (oct 55) pp 721-730.

51. - NACHIN Cl.

Approche des problèmes de psychothérapie dans les institutions
Séances d'Amiens de Juin 1969
(enseignement des psychiatres en formation) inédit

52. - NEILL S.

Libres enfants du Summerhill
Maspero 1970

53. - OURY J.

La psychothérapie institutionnelle
EMC Psychiatrie 37930 G10 1972
citation p 4-8

54. - OURY J.

Peut-on parler d'un concept des réunions
Revue de psychothérapie institutionnelle n° 5 pp 43-49 (1967)

55. - PAUMELLE Ph.

Le sens des institutions psychiatriques pour les psychotiques
Colloque international de Paris (1972)
Traitement au long cours des états psychotiques (Privat)

56. - PETCHOT-BACQUE LUQUE

Réflexions à propos du recours au règlement comme conduite
d'évitement du fait pathologique en psychiatrie.
Thèse méd. Toulouse 1971
citation p 30.

57. - RACAMIER, DIATKINE, LEBOVICI, PAUMELLE

Le psychanalyste sans divan
Collection science de l'homme
Payot Paris 1973
citations p 255

58. - RAPOPORT R.

La communauté thérapeutique
Textes à l'appui/psychiatrie Maspero 1974
citations p 72, 73, 75, 76, 77.

59. - ROBERT P.

Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française
Le Petit Robert 1970

60. - ROTHBERG D.

Situations d'oppression en psychiatrie
Quelques témoignages cliniques à l'hôpital psychiatrique
Thèse Méd. Lyon 1962

61. - ROTHBERG D.

Les réunions à l'hôpital psychiatrique
Bibliothèque de psychiatrie classique. Editions du Scarabée
(Bordeaux 1968).

62. - SABOURIN

Réflexions sur deux mois d'observation en milieu psychiatrique
Thèse méd Paris 1968

63. - SAFOUAN M.

Le structuralisme en psychanalyse
Points : sciences humaines (Mayenne 1973)
citations p 22 - 90

64. - SAURET M. J.

A propos des communautés thérapeutiques
principes et courants sous-jacents
Dynamique psychique et processus collectifs. Connexions n° 8
Epi 1973 pp 39-57

65. - SCHNEIDER P.

Psychologie médicale
Payot Paris 1971
citations p 142-144

66. - SCHOENBERG E.

Faire et briser la communauté thérapeutique
Une expérience britannique
Sens et Institution Connexion n° 7 Epi 1973 pp 53-63

67. - TELLIER Y. - TESSIER R.

Leadership, autorité et animation de groupe
Epi 1968
citation p 57

68. - TOSQUELLES F.

La problématique du pouvoir dans les collectifs de soins psychiatriques
Nef n° 42 (spécial antipsychiatrie) janvier Mai 1971 pp 93-101

69. - TOSQUELLES F.

Introduction aux journées d'études de psychothérapie institutionnelle : désir et institution janvier 1973

Recherches n° 11 pp 7-21

citation p 14

70. - UEBERSCHLAG

Le problème de la sanction en psychiatrie hospitalière

Ann Médic. psychol. Fév. 1955 113 pp 261-266

71. - VALEZ C.

Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un pavillon d'hôpital psychiatrique

Thèse Méd. Angers 70

72. - VASQUEZ A. - OURY F.

De la classe coopérative à la pédagogie institutionnelle

Textes à l'appui/pédagogie

Maspero 1974 citation p 349

73. - VASQUEZ A. - OURY F.

Vers une pédagogie institutionnelle

Textes à l'appui/pédagogie

Maspero Paris 1974

74. - VERMOREL H. - MEYLAN

Cent ans de psychiatrie

Bibliothèque de psychiatrie pratique

Scarabée Paris 1969

75. - WOODBURY M.

L'équipe thérapeutique

Information psychiatrique n° spécial 66 pp 1049-1142

